

Falsa reactividad serológica en gestantes portadoras sanas de sickleemia

False serologic reactivity in healthy pregnant women with sickle cell anemia

Eduardo Rivero Reyes

Policlínico Docente "Adrian Sansaricq". Artemisa, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso de una embarazada perteneciente a un consultorio médico de familia del Policlínico "Flores Betancourt", municipio Artemisa; la cual desconocía su estado de portadora sana de Hemoglobina S, con resultados serológicos débil reactiva durante toda su gestación y aún después de esta, sin elementos clínicos ni epidemiológicos que hicieran considerar una sífilis en el embarazo. Se procedió a estudiar las causas agudas y crónicas, más conocidas en nuestro medio como falsas reactivas, arribándose a conclusiones novedosas, hasta ahora no referidas en reportes nacionales o internacionales, con respecto a la relación existente entre el estado de portador sano de sickleemia y el resultado serológico Falso Reactivo.

Palabras clave: gestante seroreactiva; falsa reactividad serológica; gestante portadora sana de sickleemia.

ABSTRACT

The case of a pregnant woman is presented here. She was patient of a family doctor's office at "Flores Betancourt" Polyclinic in Artemisa municipality. This patient did not know her state of healthy carrier of Hemoglobin S, with weak reactive serologic results throughout her pregnancy and even afterwards. No clinical or epidemiological elements would lead to consider syphilis in pregnancy. The best known acute and chronic causes in our environment were studied as false reactive, reaching to new findings, so far not referred in national or international reports, regarding the

relationship between the state of healthy carrier of sickle cell anemia and false reagent serology.

Keywords: Seroreactive pregnant; false serological reactivity; healthy pregnant women with sickle cell anemia.

INTRODUCCIÓN

A pesar de los adelantos impresionantes registrados en los últimos años sobre el estudio de la Hemoglobina S y su forma de transmisión hereditaria, relacionado con la afectación de esta hemoglobina en ambos padres, se presenta una anemia hemolítica falciforme en sus descendientes, así como otras series de enfermedades con las cuales se asocia esta anomalía genética. Aun resultan sorprendentes los eventos anormales relacionados con la falciformación que pueden presentarse en personas, no ya enfermas, sino en los portadores sanos de Hb S, los cuales por lo general son asintomáticos o con muy escasa sintomatología, la que suele manifestarse en casos de situaciones especiales como el embarazo.

En nuestro país, la frecuencia de presentación del Gen S, en estado de portador, es del 3,04 % en la población general y del 6,02 % en el grupo racial negro,¹ por lo que resulta de gran importancia poder determinar esta población portadora. En casos especiales, como el de la gestación, pueden manifestarse alteraciones tanto del orden físico como humoral, que pueden revertir matices singulares.² En una embarazada portadora de HBS, asintomática pueden alterarse las pruebas serológicas en general y específicamente aquella que determina la enfermedad venérea sifilítica (VDRL). Estos resultados positivos no esperados pueden ocasionar al médico inevitables dudas, incluso equivocadas conclusiones diagnósticas si este desconoce que trata a una poseedora del rasgo S. En nuestro caso, al descartar las posibles causas de falsas seroreactivas, tanto agudas como crónicas, encontramos que no existía ninguna de las causas mundialmente reportadas, resultando interesante a la hora de estructurar el posible diagnóstico etiológico, el considerar nuevas causas etiológicas de la misma, como podría ser factible de encontrar al efectuarse una electroforesis de Hemoglobina, indicada regularmente a toda mujer gestante en su consulta, con el objetivo de determinar una posible patología falsiforme y sin relación alguna, hasta ahora, con su resultado positivo, un posible VDRL reactivo en la embarazada.

Por el interés, tanto médico asistencial (a nivel de la APS) como de tipo epidemiológico, dermatológico y obstétrico se determina presentar el actual caso.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Gestante I.R.M, mestiza de 23 años de edad, de procedencia rural, que concurre con 12 semanas de embarazo a la consulta de Dermatología por presentar serología reactiva 1x1 dil (débil reactiva), detectada el 14 de febrero del 2013 durante la serología efectuada en la captación, indicándose repetir la serología en la interconsulta con vistas a comprobar su resultado, el cual nos llega con una similar dilución (1x1dil).

En los A.P.P no se recogen elementos significativos de enfermedades a destacar y en los A.P.F tampoco existen elementos patológicos de importancia a destacar. Al examen físico general: no se detectan ni recogen síntomas ni signos en la gestante que nos explique el posible origen de su Serología Reactiva. Al examen dermatológico: piel normocoloreada sin lesiones, mucosa húmeda, normocoloreada y sin lesiones. Anejos presentes de implementación adecuada y lustre normal, sin lesiones, por lo cual se concluye que no se poseen elementos para pensar en una sífilis sintomática.

La paciente es entrevistada por la enfermera encuestadora del área, no se recoge ningún elemento ni criterio epidemiológico a tener en cuenta con respecto a su seropositividad. Esposo con serología no reactiva desde la captación, con resultado similar en la segunda serología indicada en la consulta dermatológica. No obstante, lo anterior, se procede según lo establecido en el programa de ETS para las mujeres embarazadas con serología reactiva,³ instaurándose un tratamiento profiláctico con penicilina benzatinica a la gestante y a su pareja con una dosis de 2,4 mills de Uds. IM, se repite igual dosis a la embarazada a los 7 días de la precedente, para un total de 4,8 mills de Uds. Es vista posteriormente en consulta, donde nos llega una serología reactiva con igual dilución (1x1dil). Ahora, al examen físico, tampoco existen signos de enfermedad Luética. Se indica una serología VDRL evolutiva, una prueba serológica treponémica y una prueba de hemoaglutinación de la treponema pálida (TPHA), con vistas a descartar en forma concluyente la etiología sifilítica de la seroreactividad.⁴ Se obtienen los siguientes resultados: positivo a 1x2 dil el VDRL y negativo para el TPHA, concluyéndose que el origen de esta seroreactividad es no treponémico, por lo tanto, no existe presencia de sífilis en la gestante.

Además, se indicaron los complementarios establecidos para la detección de otras enfermedades de transmisión sexual, como exudado vaginal bleno, serología VIH, serología AG de superficie para hepatitis B; todos con resultados negativos. También se le indicaron: leucograma con diferencial, conteo global de eosinófilos, conteo de plaquetas, transaminansas glutámico pirúvica y glutámico oxalacética, proteína C reactiva, factor reumatoideo, célula L.E, título de antiestreptocina O, gota gruesa para paludismo, tes de leptospira, baciloscopía para lepra, prueba de toxoplasmina, prueba de Paul Bunel, prueba de ELISA para dengue y rx de torax, todos con el objeto de descartar las posibles causas orgánicas de falsas reactivas no treponémicas; arrojando los mismos resultados negativos con respecto a las patologías agudas y crónicas conocidas como causas de esta falsa seroreactividad.^{5,6}

Se le realizó, no obstante, un seguimiento mensual (fig. 1) según lo establecido por el programa, con vistas a supervisar la evolución serológica³ en las distintas semanas de gestación, procurando determinar la causa etiológica de esta seroreactividad. Los resultados oscilaron entre 1x1 dil y 1x2 dil, excepto en el mes de junio donde llegó un resultado no reactivo que no se repitió más en consultas y se interpretó como un error de laboratorio.

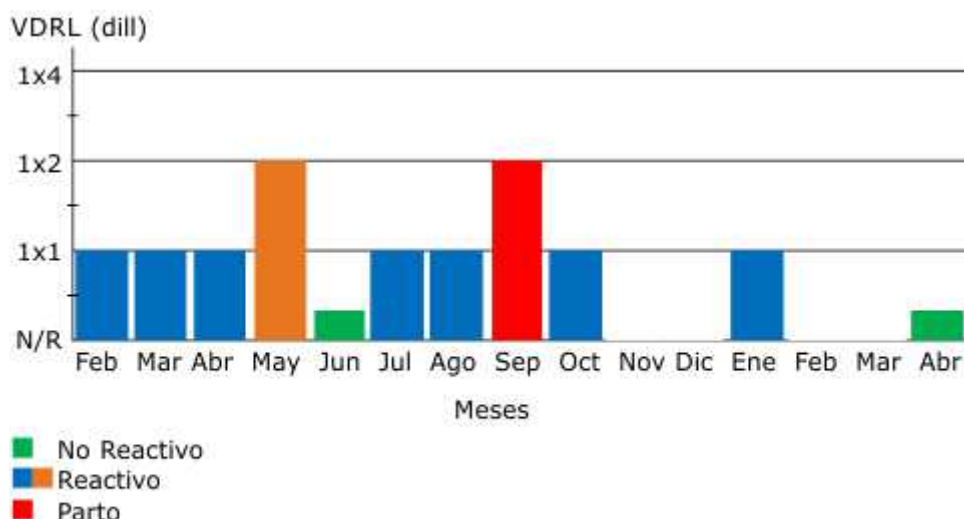


Fig. 1. Seguimiento serológico de la gestante durante su embarazo, puerperio y lactancia, periodo 2013-2014, Policlínico "Flores Betancourt", Artemisa.

Por otra parte, llega un resultado positivo relacionado con la prueba de electroforesis de Hb, con una HbS. Se decide repetir la misma, y esta segunda electroforesis viene con similar resultado al precedente, por lo que se comienza a considerar el hecho de que por ser portadora asintomática de siclemia y constituir la gestación una de las posibles situaciones especiales referidas que pudieran enfrentar estas personas, se infirió que era esta condición de portadora sana de siclemia la causa de serología falsa reactiva en nuestra gestante, no obstante no estar reportada en trabajo científico alguno tal causa etiológica como posible origen, según revisión bibliográfica realizada al respecto.

Al producirse el parto a las 39 semanas, su serología resulto débil reactiva a 1x2 dil y la del recién nacido 1x1 dil, con rx de huesos largos negativo; por lo que es valorado e interpretado como una seroreactividad por transferencia pasiva. Un mes después ambos fueron examinados clínica y serológicamente, por pediatría y dermatología, con igual resultado en el examen físico, negativo para ambos, pero con resultados serológicos diferentes. El lactante presentó un resultado serológico no reactivo y la madre mantenía su débil seroreactividad, pero ahora en 1x1 dil.

La paciente fue citada para la consulta evolutiva a los tres meses, con vistas a su definición diagnóstica, y al resultar el examen serológico de nuevo reactivo a 1x1 dil, se determina repetir el mismo 3 meses después. Finalmente, es citada para su otra consulta de seguimiento, a los 7 meses después del parto, resultando su serología evolutiva no reactiva, concluyéndose el caso como: Gestante con Falsa Reactividad Serológica, como consecuencia de ser portadora sana de siclemia.

DISCUSIÓN

El presente caso conforma todo un reto para el diagnóstico de certeza en una gestante, puesto que al existir disímiles causas que pueden producir una falsa reactividad, entre ellas el mismo embarazo "per se", como causa de posible seroreactividad. Fue entonces de suma importancia el resultado seropositivo obtenido 4 meses después del parto, ya que se pudo descartar la causa de la gestación en sí

misma como posible origen de este falso reactivo; pues nunca una serología VDRL brinda resultados positivos más allá del puerperio cuando solo se trata de una seropositividad por embarazo; por lo que queda definitivamente descartada esta causa en nuestro caso. No obstante, es la Lúes la primera patología que debemos tener en cuenta para descartar, ya que la misma, como gran simuladora, puede tender a confundir y hacer errar en el diagnóstico. Por tanto, ante toda persona asintomática en la interconsulta dermatológica, en especial si se trata de una gestante con serología reactiva, es necesario pensar siempre en la sífilis como primera opción y organizar el examen físico, la encuesta epidemiológica y los complementarios específicos dirigidos a tal fin. En nuestro caso, al ser todos los resultados negativos a Lúes, se valoraron las otras consideraciones diagnósticas, tanto infecciosas como no infecciosas, por lo cual hubo que repasar la casi totalidad de entidades que en nuestro medio podrían darnos una falsa reactividad serológica, en particular en una gestante. Se consideró descartar las causas que en un momento determinado pudieran arrojar resultados falsos reactivos por orden de importancia y frecuencia, tanto las patológicas agudas como las crónicas (tabla), auxiliándonos para ello en el examen físico realizado a la embarazadas y los distintos exámenes complementarios indicados para tales fines (VDRL, TPHA, VHI, AS); todos con resultados negativos. Finalmente se tomó en cuenta el resultado positivo obtenido en los dos exámenes de electroforesis de Hb, con lo que, etiológicamente, sería la nueva causa de falsa reactiva de VDRL, el estado de portador sano de HbS. Como todo estudio científico, tenía que ser comprobado si existían reportes nacionales e internacionales, a favor o en contra, pero no se halló referencia alguna relacionada al tema.

Se constituye, por tanto, en un nuevo elemento causal de falsa seroreactividad de VDRL en el embarazo, se resalta, además, la conveniencia de considerarlo como una posible causa para todos los portadores asintomáticos de siclemia en general.

En este trabajo no existen conflictos de intereses.

Tabla. Causas agudas y crónicas de Falsa Reactividad Serológicas según Moore y Mohr (Modificado)

Agudas	
I Virus	Falsa Reactividad Serológica %
Neumonía Atípica	20
Mononeuclosis Infecciosa	20
Vaccinia	20
Dengue	10
Hepatitis Infecciosa	10
Sarampión	5
Varicela	5
Gripe	5
II Rickesias	Falsa Reactividad Serológica %
Tifus	20
III Bacterias	Falsa Reactividad Serológica %
Lepra	60
Linfogranuloma Venéreo	20
T.B avanzada	5
Neumonía Neumocócica	5
Endocarditis Bacteriana subaguda	5
Chancro Blando	5
Escarlatina	5
IV Espiroquetas	Falsa Reactividad Serológica %
Fiebre Recurrente	30
Sodoku	20
Leptospirosis	10
V Protozoarios	Falsa Reactividad Serológica %
Paludismo	100
Toxoplasmosis	30
Tripanosomiasis	10
Crónicas	
Lupus Eritematoso Sistémico	44
Fiebre Reumática	5
Esclerodermia Sistémica	5
Artritis Reumatoide	5
Periarteritis Nudosa	¿
Enfermedad Mixta del Colágeno	?
Síndrome de Sjog ren	?
Alergia	¿
Anemia Hemolítica	¿
Trombocitopenia	¿
Tiroiditis	¿
Neoplasia	¿
Gestación	¿
Senilidad	¿
Toxicomanía	¿

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Álvarez Sintés R. Medicina General Integral T-II. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2008.
- 2- Berkow R. El manual Merck T-V Duodécima Edición. New Jersey: Editorial Merck Sharp Dome Research; 2012.
- 3- Programa Nacional de Prevención y control de Sífilis. La Habana: MINSAP; 1982.
- 4- Ministerio de Salud Pública. Infecciones de Transmisión sexual, pautas para su tratamiento. La Habana: MINSAP; 2008.
- 5- Manzur P, Díaz Almeida LH, Cortés R. Dermatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.
- 6- Van Dyck E . Diagnóstico de laboratorio de las enfermedades de transmisión sexual. Ginebra, Suiza: OMS; 2009.

Recibido: 2015-08-16.

Aprobado: 2015-09-14.

Eduardo Rivero Reyes. Especialistas 2do. grado en Dermatología. Máster en Infectología. Profesor Auxiliar de Dermatología. Investigador Auxiliar. Dirección electrónica: polh.asar@infomed.sld.cu