

COMPARACION DE LOS RESULTADOS DEL VDRL CON LOS OBTENIDOS POR EL FTA-ABS EN TRABAJADORAS SEXUALES QUE ACUDIERON AL CENTRO DE TRANSMISION SEXUAL DE PUERTO PLATA

| | |
|-----------------------------|----------------------|
| * Dr. Carlos Difó | * Dr. Miguel Almonte |
| * Dr. Bayardo Gómez | * Dr. Juan Caraballo |
| * Dr. Roberto Sosa Martínez | * Dr. Rafael Beaton |

Resumen:

Es un estudio prospectivo de ensayo clínico donde se le hizo a las 148 trabajadoras sexuales que acudieron al Centro de transmisión sexual de Puerto Plata pruebas serológicas (VDRL-FTA-ABS), encontrando que 29 casos tenían sífilis actual o pasada y 12 casos tenían sífilis pasada o curada para un total de 41 positivos equivalente 27.7%.

Pruebas Serológicas para Sífilis

Trabajadoras Sexuales

Abstract:

This is a prospective clinical study in which serologic tests (VDRL-FTA-ABS) for Syphilis were done to 148 sexual workers that came to the Centro de Transmisión Sexual in Puerto Plata; the results were: 29 cases with Syphilis, present or past; 12 with Syphilis past or recovered for a total of 41 positive test which gives a rate of 27.7%. There were no false positive tests.

Syphilis serologic tests

Sexual workers

INTRODUCCION

La Sífilis en República Dominicana constituye un importante problema de salud, cuya magnitud parece sobrepasar las posibilidades de controlarla de manera significativa; siendo el crecimiento mucho más difícil que la detención de los casos. La prostitución tiene un especial significado en la epidemiología de la enfermedad.¹⁻⁹ Es el ejercicio carnal por paga con todo el

que lo solicite.⁶

La Sífilis o Lues es una enfermedad infectocontagiosa exclusiva del ser humano provocada por el Treponema Pallidum, una espiroqueta capaz de infectar cualquier órgano o tejido del cuerpo produciendo manifestaciones clínicas muy variables y que generalmente se transmite sexualmente.

Hay un gran número de enfermedades que deben diferenciarse de la Sífilis, debido a la sintomatología tan variable por las diferentes formas de la enfermedad.¹⁻⁹

* Del Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual en Pto. Plata, R. D.

El diagnóstico de laboratorio consiste en demostrar la espiroqueta por medio de microscopio, de campo oscuro, o detectar los anticuerpos mediante las reacciones serológicas. Las reacciones serológicas detectan la presencia de anticuerpos, tanto en el suero como en el L.C.R. Desde el punto de vista diagnóstico se diferencian dos tipos de anticuerpos: los llamados *no específicos* o *reagínicos*, que reaccionan con antígenos no treponémicos, compuesto por:

cardiolipina, lecitina y colesterol.

Se detectan por pruebas de floculación; la más recomendada de acuerdo a las normas internacionales por su gran exactitud y estandarización es la conocida como VDRL (Venereal Disease Research Laboratory)⁹.

La prueba VDRL ha constituido sin lugar a dudas, un medio de floculación rápido y fácil para el estudio de la sífilis en la mayoría de los laboratorios; esta prueba que emplea cardiolipina como antígeno, resulta fácil y económica para muchos hospitales y clínicas; no obstante la misma no es suficientemente fidedigna para el diagnóstico de la Sífilis en la etapa inicial, pues todos sabemos que la misma puede reaccionar a diversas infecciones crónicas conocidas por el profesional de la medicina.

Los otros anticuerpos conocidos como *específicos* reaccionan con antígenos treponémicos; la principal es la inmunofluorescencia indirecta con absorción (FTA-ABS), es la que se emplea con más frecuencia por ser igualmente buena, fácil de realizar y bien estandarizada.⁹

Las reacciones serológicas sirven para completar el diagnóstico de la Sífilis primaria; en muchos casos es el único criterio para diagnosticar Sífilis latente y terciaria; y en la mayoría de los casos secundarias.

Con este estudio tenemos el propósito de obtener y determinar la eficiencia de la prueba VDRL en comparación con el FTA-ABS en trabajadoras sexuales que acuden al Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual en Puerto Plata.

METODOLOGIA

Es un estudio prospectivo y de ensayo clínico hecho en el período Octubre-Diciembre de 1991. Se le aplicó

un formulario y se le tomó muestra de sangre para las pruebas VDRL y FTA-ABS a todas las trabajadoras sexuales que recibieron atención médica en el Centro de Transmisión Sexual de Puerto Plata durante este período.

RESULTADOS

En el diagnóstico de la Sífilis la prueba FTA-ABS (28%) ofrece mayor confiabilidad de certeza que la prueba VDRL (19.59%). (Cuadro 1)

La prevalencia de Sífilis (41 casos) es elevada en las trabajadoras sexuales que acuden al Centro de Transmisión Sexual de Puerto Plata. (Cuadro 1).

CUADRO NO.1
DISTRIBUCION DE LA POBLACION ESTUDIADA, SEGUN GRUPO DE EDAD

| EDAD | NUMERO DE CASOS | TASA EN % |
|------------|-----------------|-----------|
| 17-20 AÑOS | 29 | 20.0 |
| 21-24 " | 43 | 29.0 |
| 25-28 " | 51 | 34.0 |
| 29-32 " | 13 | 9.0 |
| 33-36 " | 5 | 3.0 |
| 37-40 " | 3 | 2.3 |
| 41-44 " | 4 | 2.7 |
| TOTAL | 148 | 100.0 |

Los grupo de edades más afectados están entre 17 y 35 años. (Cuadro 3)

CUADRO NO. 2
CASOS REACTIVOS POSITIVOS POR VDRL, SEGUN TITULACION,

| DILUCIONES | NUMERO | TASA EN % |
|------------|--------|-----------|
| 1:2 | 9 | 30.0 |
| 1:4 | 6 | 21.0 |
| 1:8 | 4 | 14.0 |
| 1:16 | 6 | 21.0 |
| 1:32 | 4 | 14.0 |
| TOTAL | 29 | 100.0 |

DISCUSION

El VDRL es una prueba de floculación cuya reacción está basada en el hecho de que partículas del antígeno lipido (cardiolipina del corazón del buey, colesterol y lecitina) permanecen dispersas en el suero normal. Si se combina con la reagina (anticuerpo producido por las espiroquetas) forman agregados visibles, particularmente cuando se le agita o centrifuga.¹⁻³ Es una prueba que mide la cantidad de reagina en la sangre por lo que es inespecífica no treponémica.

CUADRO NO. 3
COMPARACION DE RESULTADOS VDRL Y FTA-ABS

| METODO | NEGATIVAS | POSITIVAS | TOTAL | TASA |
|---------|-----------|-----------|-------|--------|
| VDRL | 119 | 29 | 148 | 19.59% |
| FTA-ABS | 107 | 41 | 148 | 28.00% |

En el VDRL pueden ocurrir falsos positivos: 1) a causa de la complejidad de la técnica de la prueba; 2) en presencia de otras enfermedades o infecciones, como son: paludismo, lepra, sarampión, vacunación antivariolosa, enfermedades autoinmunes, infecciones crónicas diversas. Esta prueba no es específica, puede dar reacción positiva en ausencia de Sífilis o reacción negativa en presencia de Sífilis.⁵ La prueba VDRL es reactiva después de la 4 a 5 semanas de la infección y aparición del chancro; se negativiza después de un tratamiento efectivo a los 6-24 meses.

La expresión cuantitativa de la reacción del VDRL basada en titulaciones de diluciones de suero, puede ser muy valiosa para establecer el diagnóstico y para valorar la eficacia del tratamiento.

En este estudio el 51% (15 casos) tuvieron diluciones por debajo e igual de 1:4 (ver cuadro 2).

El título del VDRL es habitualmente alto (1:32 o >) en Sífilis secundarias y tiende a disminuir (1:4 o <) y aún a hacerse negativo en las formas tardías de las Sífilis.⁸ La prueba VDRL es reactiva después de 4 a 5 semanas de la aparición del chancro y los títulos de anticuerpo aumentan rápidamente hasta un máximo de 1:256 en algunos casos. En el secundarismo y en

la lactancia los títulos están generalmente elevados, decrecen a medida que la enfermedad entra en el período tardío, en el cual son bajos y en algunos casos negativos.⁹ Después de un tratamiento adecuado de la Sífilis los títulos del VDRL bajan progresivamente; se considera curado el paciente cuando los anticuerpos disminuyen en dos diluciones o más.⁹ En la Sífilis primaria la reacción se vuelve negativa en la mayoría de los casos, después de 3 a 12 meses de haberse tratado. Cuando la enfermedad ha tenido una evolución más larga, como ocurre en las otras formas de la Sífilis, se demora varios años para estar negativa y en algunos casos persiste reactiva a títulos bajos durante toda la vida.⁵⁻⁹ Con independencia de la cuantía del tratamiento en la Sífilis tardía las pruebas serológicas suelen seguir reactivas durante años.⁵ Un título descendente en la Sífilis latente o tardía indica progreso terapéutico satisfactorio.⁸ Un nuevo ascenso en los títulos de anticuerpos indica reinfección.⁸ Siempre es posible la reinfección que suele ir asociada con nuevas lesiones infecciosas.⁵ Se produce la recaída cuando algunos treponemas sobreviven al tratamiento multiplicándose después.⁵ La mayoría de las recaídas se producen durante el primer año y rara vez cuando han transcurrido dos años a partir del tratamiento.⁵

La recurrencia de la Sífilis precoz va seguida de una elevación marcada y sostenida de los títulos de las pruebas serológicas, en comparación con los niveles anteriores y en la mayoría de los casos de la recurrencia de lesiones infecciosas agudas semejantes a las secundarias.⁵

Los pacientes que están recibiendo tratamiento para Sífilis temprana deben ser seguido clínicamente y con pruebas periódicas cuantitativas de VDRL, al menos por un año.⁸ Los pacientes con otros tipos de Sífilis deben estar sujetos a observación similar durante 2 ó más años.⁸

Las reacciones positivas falsas habitualmente son de títulos bajo y transitoria; pueden distinguirse de las positivas verdaderas mediante pruebas serológicas específicas de anticuerpo treponémico (FTA-ABS).⁸ Las reacciones serológicas falsas positivas se encuentran con frecuencia en múltiples padecimientos, no debido a treponemas, como son enfermedades del colágeno, mononucleosis infecciosa, paludismo, muchas enfermedades febriles, lepra, vacunación, toxicomanía, ancianidad y quizás el embarazo.⁸ La prueba del VDRL también se encuentra reactiva en otras treponematoses como el pián y el carate.⁹ este problema se

se puede obviar con reacciones específicas (FTA-ABS)⁹.

Las espiroquetas producen anticuerpos específicos contra el treponema. El FTA-ABS demuestra estos anticuerpos antilúéticos¹. Esta prueba emplea antígeno preparados a partir del *T. Pallidum* vivo, muerto o atenuado (treponema de Reiter no patógeno) para encontrar anticuerpos específicos de treponemas patógenos y determinar la capacidad del suero de un paciente para inmovilizar espiroquetas vivas virulentas¹⁻⁸. Es relativamente más cara y más difícil técnicamente de realizar⁵. Es específica para la Sífilis y no se puede usar para juzgar la eficiencia del tratamiento¹⁻⁵. El FTA-ABS es de gran valor principalmente para determinar si una prueba con antígeno no treponémico (VDRL) es positiva falsa o es indicativa de enfermedad sífilítica y cuando hay evidencia de Sífilis, pero la prueba serológica del VDRL es negativa⁸; las pruebas que utilizan antígeno treponémico son altamente específicas y se emplean para aclarar un diagnóstico especialmente cuando se sospecha una reacción falsa positiva con el VDRL⁹.

Aunque se ha observado positividad y negatividad falsas de las pruebas treponémicas (FTA-ABS), su presentación es tan rara que no disminuye su gran valor en la diferenciación entre reacciones falsas positivas y casos verdaderos de Sífilis⁵. El FTA-ABS también es positivo en otras treponematoses como son el carate y el pián⁹. Se han descrito ocasionalmente pruebas de FTA-ABS positivas falsas en el embarazo, en el lupus eritematoso disseminado y otros trastornos asociados con globulinas anormales⁹. Es la prueba más ampliamente usada para el diagnóstico de treponemas, aparece más precozmente que el VDRL y permite obtener resultados positivos tres semanas después de la infección inicial; permanece positivo durante toda la vida. El tratamiento no la modifica⁸⁻⁹.

Resumiendo la interpretación del VDRL y el FTA-ABS se tienen tres

posibilidades:

1.- VDRL reactivo a cualquier dilución con FTA-ABS reactivo, afirma treponematoses actual o pasada⁹.

En nuestro estudio encontramos 29 casos que dieron reactivo o positivo tanto para el VDRL como para el FTA-ABS, indicando una treponematoses actual o pasada.

2.- VDRL reactivos generalmente a títulos bajos y FTA-ABS no reactivo, indica un VDRL falso positivo⁹.

Encontramos 15 casos (51%) que dieron reacciones cuantitativas al VDRL igual o por debajo de 1:4 diluciones; pero al hacerle el FTA-ABS dieron positivos por lo que los consideramos como treponematoses actual o pasada. Por tanto, no hubo falsos positivos.

3.- VDRL no reactivo con FTA-ABS reactivo se refiere a treponematoses pasada o curada⁹. Obtuvimos 12 casos que dieron negativo al VDRL y positivo al FTA-ABS por lo que consideramos esos paciente con Sífilis o treponematoses pasada o curada, no activa.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Jawetz E, Melnick J L, Adelberez E A. Manual de Microbiología Médica. 5ta. ed. México 11, D. F. Ed. El Manual Moderno, 1980. 261¹-265p
- 2.- Pelczar M J, Reid R D. Microbiología. 4ta. ed. Marques de Monteagudo, 16-Madrid-28. Ed Del Castillo, 1974 369-388p.
- 3.- Podair S, Las Enfermedades Venéreas, 1ra.ed. México, D.F. Ed. Pax-México, Librería Carlos Cesarman, 1977 9-56p
- 4.- Mendoza H R. Normas de Atención Pediátrica, 4ta. ed. Hospital de niños Dr. Robert. Reid Cabral, Sto. Dgo. R. D. 1989, 73-294p
- 5.- Sharp, Merck, Dohme International. El Manual Merck, 4ta.ed. Ed. Merck, Sharp y Dohme Research Laboratories, West Point, USA, 1988, 1123-1132p.
- 6.- Sosa, J R. La Sífilis, 3ra. ed. Sto. Dgo. R. D. PROFAMILIA, 1990 3-32p
- 7.- Folletos Populares, Enfermedades Sexualmente Transmisibles, 4ta. ed. Sto. Dgo. R. D. PROFAMILIA, 1988 2-6p
- 8.- Krupp M A, Chantton, M J. Diagnóstico Clínico y Tratamiento 22a. ed. México, 11, D. F. Ed. El Manual Moderno, 1987, 992-998p
- 9.- Velez H, Rojas W, Borrero J, Restrepo J. Fundamentos de Medicina: Enfermedades infecciosas. 4ta. ed. Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín, Colombia, 1991. 377-383p.