

---

---

## EXPERIENCIA MÉDICA

---

---

### *LA TÉCNICA SEROLÓGICA DEL VDRL. INDICACIONES Y MANEJO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA*

*Rubén José Larrondo Muguercia<sup>1</sup> Aymée Rosa González Angulo,<sup>2</sup> Luis Manuel Hernández García<sup>3</sup> y Rubén P. Larrondo Lamadrid<sup>4</sup>*

**RESUMEN:** Se exponen las características generales de la técnica del VDRL (serología para sífilis). Se señalan sus indicaciones en la atención primaria de la salud. Se da respuesta a interrogantes sobre la positividad o negatividad de la prueba, y se indica la conducta a seguir cuando el médico de asistencia primaria atiende a un paciente con VDRL reactivo.

Descriptores DeCS: SERODIAGNOSTICO DE LA SIFILIS/métodos; MANEJO DE ATENCIONAL PACIENTE; ATENCION PRIMARIA DE SALUD; MEDICOS DE FAMILIA.

La prueba del VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) constituye una técnica serológica con la suficiente sensibilidad y especificidad para complementar el diagnóstico de sífilis y analizar la respuesta al tratamiento específico. Su costo y complejidad la hacen ideal para el estudio de esta enfermedad de transmisión sexual en grandes masas de población.<sup>1-4</sup>

El Médico de la Familia es el máximo responsable de los programas nacionales

para el control de las enfermedades sexualmente transmisibles; por tanto, entre sus funciones básicas se encuentran la indicación y la interpretación a primera instancia de los resultados de ésta.<sup>5,6</sup>

El VDRL es una técnica de floculación que utiliza el antígeno de cardioplipina para detectar anticuerpos antitreponémicos inespecíficos producidos por el individuo ante una infección sífilítica. Se practica normalmente en lámina de cristal, en la que se

---

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de II Grado en Dermatología. Hospital Clínicoquirúrgico Docente Comandante "Manuel Fajardo." Ciudad de La Habana.

<sup>2</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Logopedia y Foniatría. Policlínico Docente Plaza de la Revolución. Ciudad de La Habana.

<sup>3</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Subdirector del Policlínico Docente Puentes Grandes. Ciudad de La Habana.

<sup>4</sup> Especialista de II Grado en Dermatología. Profesor Auxiliar. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Joaquín Albarrán". Ciudad de La Habana.

mezcla el suero del paciente (previamente calentado para inactivar el complemento), con una suspensión fresca de antígeno de cardiolipina; esta mezcla se agita de forma rotatoria y al cabo de pocos minutos puede observarse la floculación utilizando un microscopio de bajo aumento; sus resultados pueden expresarse tanto cualitativa como cuantitativamente.<sup>1,3,4</sup>

## Desarrollo

### INDICACIONES DEL VDRL

El Médico de la Familia debe indicar el VDRL en los casos siguientes:

1. Pacientes que presenten lesiones cutáneas en áreas genitales, *rasch* cutáneo generalizado y/o erupciones en palmas y plantas de los pies (en estos casos incluirá a la o las parejas sexuales de los pacientes).
2. Pacientes con otras enfermedades de transmisión sexual (gonorrea, herpes genital, verrugas genitales, uretritis, leucorrea, etc.) incluyendo también a su o sus parejas sexuales.
3. Contactos sospechosos y asociados de casos de sífilis recién diagnosticados.
4. Seguimiento serológico a pacientes sifilíticos ya tratados que tienen dispensarizados en su área de salud.
5. Consulta preconcepcional y planificación familiar.
6. Mujeres embarazadas en el primero y tercer trimestres de la gestación.
7. Donantes de sangre.
8. Chequeos pre-empleo y previos al ingreso en el Servicio Militar General o en el Ejército Juvenil del Trabajo.

### MANEJO DE LOS RESULTADOS DEL VDRL

El diagnóstico positivo de la sífilis se basa en 3 pilares: 1) los elementos clínicos,

2) las investigaciones de laboratorio y 3) los antecedentes epidemiológicos.

Por ello la total confianza en el resultado de una prueba serológica como el VDRL, para un diagnóstico definitivo de sífilis puede dar lugar a un diagnóstico incorrecto, ya que pueden existir pacientes sifilíticos con hallazgos serológicos no reactivos e individuos sin sífilis con hallazgos serológicos reactivos.<sup>1</sup>

Es necesario tener presente que el VDRL reactivo debe ser utilizado como parámetro altamente sugestivo de sífilis, pero nunca como sinónimo de ésta.<sup>7,8</sup>

El resultado del VDRL, debe evaluarse adecuadamente en combinación con un conocimiento histórico, epidemiológico y clínico del paciente, siendo entonces una prueba de laboratorio muy útil.<sup>1,3,4,7-11</sup>

¿Cuáles afecciones pueden provocar reactividad del VDRL?

1. En primer lugar se deben considerar las treponematosi: sífilis, frambesia, pinta, bejel, fiebre recurrente, leptospirosis, enfermedad de Lyme y otras borreliosis. Estas afecciones provocan una reacción serológica reactiva verdadera.<sup>1,2</sup>
2. Enfermedades por micobacterias: tuberculosis y lepra.
3. Otras enfermedades producidas por bacterias: neumonías neumocócicas, endocarditis infecciosa, chancro blando y escarlatina.<sup>9,10</sup>
4. Enfermedades virales: mononucleosis infecciosa, neumonías virales, sarampión, varicela, hepatitis infecciosa, vaccinia.<sup>9,12</sup>
5. Enfermedades por clamidias: linfogranuloma venéreo.<sup>8,9</sup>
6. Enfermedades parasitarias: paludismo y tripanosomiasis.<sup>8,9,11</sup>
7. Enfermedades por disregulación del sistema inmune: anemias hemolíticas autoinmunes, enfermedades del

colágeno, síndrome antifosfolípido primario.<sup>1,4,11,12</sup>

8. Situaciones especiales: inmunizaciones y embarazo.<sup>1,4</sup>

¿Existen otras posibilidades de reactividad del VDRL?

1. Falso reactor biológico: individuo sano, con un nivel de anticuerpos contra la cardioliipina capaz de alterar el examen de VDRL.<sup>7,8</sup>
2. Errores de laboratorio: cambio de muestra, cristalería sucia, poco adiestramiento del personal, etcétera.<sup>1</sup>

¿En qué casos un paciente con sífilis puede tener una prueba serológica no reactiva?

1. Durante el período de incubación de la enfermedad y hasta 15 días después de la aparición del chancro sífilítico, pues no se han producido aún anticuerpos por el paciente.<sup>9,12</sup>
2. En pacientes con títulos muy altos de anticuerpos anticardioliipina (1 ó 2 % de los pacientes con sífilis) se observa una reacción prozónica o fenómeno turbídico. En estos casos no se produce floculación, a menos que se diluya el suero del paciente.<sup>1,3,8</sup>

¿Qué conducta debe seguir el Médico de la Familia cuando le llega un paciente con VDRL reactivo?

1. Ante todo caso de VDRL reactivo durante la gestación debe instaurarse tratamiento específico e inmediato contra la sífilis a la gestante y a su pareja, después de esto realizará la interconsulta con el dermatólogo.<sup>5,7-10</sup>
2. En los otros casos indicará VDRL a la o las parejas sexuales del paciente y se

interconsultará el paciente con el dermatólogo que atiende el área de salud.<sup>5,9,10</sup>

¿Es importante la participación del Médico de la Familia en la interconsulta con el dermatólogo?

Se considera de vital importancia pues éste conoce el estilo de vida de sus pacientes y cuenta con los elementos epidemiológicos necesarios para concluir el diagnóstico de sífilis.<sup>3</sup>

¿Debe el VDRL volver a la normalidad después del tratamiento específico de la enfermedad?

El VDRL no se negativiza inmediatamente después del tratamiento, si la terapéutica se realiza en los estadios precoces de la sífilis (durante los primeros 2 años) los títulos del VDRL deben descender paulatinamente y hacerse no reactivos en un período no mayor de 18 meses; por regla general regresan en 3 meses si se trata cuando está el chancro, y 6 meses si se trata cuando el caso está en período secundario.<sup>1,4</sup>

Si el tratamiento se realiza en los estadios tardíos de la afección (después de los 2 años), los títulos deben descender también, aunque no necesariamente tienen que hacerse no reactivos; esto no constituye un signo de alarma.

Mientras los títulos se mantengan iguales o menores al título pretratamiento se considera al paciente curado. Estos fenómenos (casos tratados correctamente y que mantienen VDRL reactivo postratamiento) se denominan seropersistencia.<sup>1,4</sup>

## Comentario

La sífilis es una enfermedad que debe ser incluida como primera prioridad en la

labor del Médico de la Familia según los Objetivos, Propósitos y Directrices del Ministerio de Salud Pública para el año 2000, por lo que el Médico de la Familia debe co-

nocer las indicaciones y el manejo de esta técnica serológica, lo cual lo provee de un arma de gran valor en la lucha contra esta enfermedad.<sup>14</sup>

**SUMMARY:** The general characteristics of the VDRL technique (syphilis serology) are explained and its indications at the primary health care level are stressed. Answers are given to questions about the positivity or negativity of the test. It is defined the conduct to be followed when the primary care doctor sees a patient with reactive VDRL.

Subject headings: **SYPHILIS SERODIAGNOSIS; methods; PATIENT CARE MANAGEMENT; PRIMARY HEALTH CARE; PHYSICIANS, FAMILY.**

### Referencias bibliográficas

1. Yehudi M, Nikitas S. Syphilis serology today. *Arch Dermatol* 1980;116(1):84-9.
2. Widmann F. Interpretación clínica de las pruebas de laboratorio. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1987:411-5.
3. Sánchez M. Infectious syphilis. *Semin Dermatol* 1994;13(4):234-42.
4. Siegel D, Larsen S, Golden E, Morse S, Fullilove M, Washinton A. Prevalence, incidence, and correlates of syphilis seroreactivity in multiethnic San Francisco neighborhoods. *Ann Epidemiol* 1994;4(6):460-5.
5. Centrich K, Larrondo RJ, Viqueira AM. Variables epidemiológicas y clínicas de la sífilis reciente en el policlínico "Héroes del Moncada". *Rev Cubana Med Gen Integr* 1997;13(3):222-6.
6. Rodríguez R, Hernández O. El control de las enfermedades de transmisión sexual. *Rev Cubana Med Integr* 1985;1(1):9-23.
7. Larrondo RJ, Hernández LM, González AR, Larrondo RP. Lesiones en los genitales externos, enfoque diagnóstico y conducta que debe seguir el médico de la familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1998;14(1):5-14.
8. Cañizares O. A manual of dermatology for developing countries. 2 ed. Oxford: Oxford University, 1993:309-49.
9. Thomas JC, Kulic AI, Schoenhach VJ. Syphilis in the south: rural rates surpass urban rates in North Carolina. *Am J Public Health* 1995;85(8 pt 1):1119-22.
10. Arenas R. Atlas de dermatología, diagnóstico y tratamiento. 2 ed Interamericana, 1996:287-94.
11. Fitzpatrick TB. Dermatología en Medicina General. 4 ed. Interamericana 1997:1033-46.
12. Larrondo RJ, González AR, González FF, Larrondo RP. Estudio de la mortalidad por enfermedades de la piel en un consultorio del médico de la familia en 2 años de trabajo. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1992;8(2):130-43.
13. Muñoz B, Villa L. Manual de medicina clínica, diagnóstico y terapéutica. 2 ed. Madrid: Editorial Díaz de Santos, 1993:377-478.
14. Ochoa R, Bonet M. Fundamentos de la lucha contra enfermedades crónicas y su dispensarización. *Rev Cubana Med Integr* 1992;8(3):190-4.

Recibido: 10 de mayo de 1999. Aprobado: 15 de junio de 1999.

*Dr. Rubén José Larrondo Muguercia.* Calzada #603 e/ B y C, apto. C. El Vedado, Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba.