

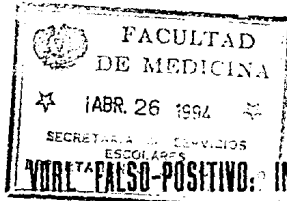
11217



# Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina  
División de Estudios Superiores  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
Hospital de Gineco Obstetricia  
"Luis Castelazo Ayala"

88  
29



## TITULO "FALSO-POSITIVO": INCIDENCIA, IMPLICACIONES CLINICAS Y PRONOSTICAS EN PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL "LUIS CASTELAZO AYALA"



ENSEÑANZA  
HGO. "LUIS CASTELAZO AYALA"  
M. S. S.

# T E S I S

Que para obtener el título de especialista en:

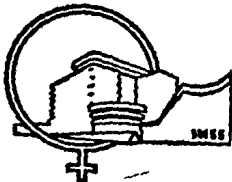
**GINECO OBSTETRICIA**

Presenta:

**Dra. Laura Hidalgo Lara**

Asesor de la Tesis:

**Dra. Silvia Elinor Figueroa Giles**



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

México, D. F.

Febrero de 1994



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

| <b>INDICE</b>             | <b>pag</b> |
|---------------------------|------------|
| <b>Antecedentes</b>       | <b>2</b>   |
| <b>Material y Métodos</b> | <b>5</b>   |
| <b>Resultados</b>         | <b>7</b>   |
| <b>Discusión</b>          | <b>13</b>  |
| <b>Conclusiones</b>       | <b>16</b>  |
| <b>Bibliografía</b>       | <b>17</b>  |
| <b>Tablas y Gráficas</b>  | <b>20</b>  |

## ANTECEDENTES

En 1906, Wasserman hizo la primera descripción sobre la utilización del antígeno, un extracto acuoso de los tejidos sífilíticos de un hombre, para demostrar anticuerpos séricos mediante un procedimiento de fijación de complemento aplicado a un paciente sífilítico. Wasserman supuso que su antígeno consistía en un antígeno de treponema, mas tarde se demostró que los extractos alcohólicos de muchos tejidos normales de animal producían los mismos resultados, de hecho los extractos alcohólicos de corazón de buey dieron los mejores resultados. Este material no relacionado con el treponema, denominado lipoi-de producía muchas reacciones no específicas. El aislamiento y purificación de dos sustancias reactivas a partir del músculo de corazón de buey (la cardiopina y lecitina) condujo al antígeno mas específico utilizado en la prueba de VDRL (Venereal Disease Research Laboratory). Este antígeno consiste en cardiopina, lecitina purificada, colesterol y alcohol en un adecuado equilibrio. Se estandariza mediante un ajuste del contenido de lecitina, con objeto de obtener resultados reproducibles cualitativa y cuantitativamente. El Colesterol proporciona los centros de absorción, de forma que las partículas aglutinadas pueden visualizarse. La solución al 1% de cloruro con tapón de fosfato (pH de 6) tambien es importante para la adecuada aglutinación del antígeno en presencia del anticuerpo, que en ese sistema recibe el nombre de "reagina" (1, 2).

El aumento en el título de la reacción del VDRL puede ser indicio de infección reciente, reinfección, recidiva sífilítica o un falso positivo biológico.

El VDRL es positivo en 70 % de pacientes con sífilis primaria  
(3).

Además de los resultados falsos positivos de índole técnica, pueden tener lugar falsos positivos biológicos, si la duración es inferior a 6 meses, se puede asociar con una gran variedad de enfermedades: mononucleosis infec-

ciosa, hepatitis, neumonía, enfermedades virales, inmunizaciones y embarazo.

Las reacciones crónicas falsas positivas (de más de seis meses de duración se asocian habitualmente a enfermedades autoinmunes: Lupus Eritematoso Sistémico, Artritis Reumatóide, Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo, Tiroiditis, Síndrome Antifosfolípido y otras; también a Linfoma, adicción a drogas y a la vejez.

Debido a que se sabe que esta prueba produce falsos positivos biológicos toda prueba de VDRL positiva es habitualmente seguida por pruebas más específicas que tienen una disminución de reactividad cruzada, como lo es el FTA-ABS test (Prueba de absorción fluorescente de antígenos treponema) (5).

Es importante mencionar, que los anticuerpos antifosfolípido han recibido una gran atención por parte de los obstetras en los últimos 10 años, ya que se han asociado con abortos espontáneos y muerte fetal. Del 3 al 10 % de las mujeres con pérdida fetal se han relacionado a la existencia de anticuerpos como la principal causa de pérdida.

En la detección de anticuerpos antifosfolípido se reconoce de 3 maneras:

1. VDRL falso positivo
2. Anticoagulante Lúpico
3. Anticuerpos anticardiolipina

Una tercera parte de pacientes con VDRL falso positivo tienen anticuerpos anticardiolipina y en menor grado anticoagulante lúpico (8, 9).

Los anticuerpos antifosfolípido fueron los primeros asociados con trombosis en 1960, del 10-60% de los pacientes con anticuerpos antifosfolípido tienen historia de enfermedad tromboembólica. El anticoagulante lúpico es la causa de episodios de trombosis venosa y embolia pulmonar en 2-4% de las pacientes.

Se sugiere que el embarazo debe representar un riesgo alto para enfermedad tromboembólica en pacientes con Ac. anti-cardiolipina. El anticoagulante lúpico es un inhibidor de la coagulación sanguínea que interfiere en la activación de la protrombina, a través del complejo activador ( Factor Xa, Factor V, Calcio y fosfolípidos ). Se ha observado también una asociación entre anticoagulante lúpico y preeclampsia severa y aun cuando el mecanismo no es conocido pudiera estar en relación con falla renal. ( 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 17 ).

## METODOLOGIA

Se efectuó un estudio observacional, analítico, prospectivo, longitudinal, realizado en pacientes embarazadas en el Hospital "Luis Castelazo Ayala" de octubre de 1992 a septiembre de 1993 , bajo los siguientes criterios :

-Inclusión : Todas aquellas pacientes con VDRL falso-positivo con duración mayor a 6 meses.

-No Inclusión : Pacientes con VDRL falso-positivo menor de 6 meses.

-Eliminación: Pacientes que no accedieron o no acudieron a estudios complementarios programados.

Se recabó información de la libreta de captación de datos del laboratorio, de las pacientes que presentaron VDRL Falso-Positivo cada mes .

Se entrevistó a cada paciente para una evaluación integral inicial ( Interrogatorio y Exploración Física dirigidos de acuerdo al cuestionario previamente realizado ), en búsqueda de manifestaciones de enfermedades autoinmunes , eventos tromboembólicos, toxicomanías e investigación de pérdidas fetales .

A todas las pacientes se les sometió a los siguientes exámenes de laboratorio en una primera fase de estudio :

- VDRL con FTA .
- BH completa, Q.S. y E.G.O.
- Pruebas de coagulación . TPT activado.
- Anticuerpos antinucleares.
- Anti-DNA.

De acuerdo a resultados y clasificación de probable patología , en una segunda fase se completó con estudios de la siguiente forma :

-Para pacientes con Enfermedad Autoinmune se solicitó Ac. Anticardiolipina y si se encontraron datos de patología tiroidea , se pidió perfil tiroideo.

- Las que presentaron datos de enfermedad viral hepática, serología de la hepatitis y pruebas de función hepática.

-Para pacientes con Enfermedades Hematológicas sugestivas de linfoma , se solicitó Rx de tórax.

En una tercera fase se realizó evaluación reumatológica, endocrinológica ó hematológica correspondiente .

Se realizó seguimiento periódico cada 3 a 4 semanas de pacientes detectadas con VDRL Falso-Positivo y embarazo , de acuerdo a su clasificación en los diferentes grupos de enfermedades, con especial atención a la evolución de la gestación .

Se analizaron los datos con la prueba de comparación de proporciones .



## RESULTADOS

De un total de 1,407 exámenes de VDRL con FTA realizados en el Hospital se encontraron 1,368 (97.22 %) negativos y 39 (2.77 %) VDRL positivos (Gráfica 1).

De las 39 mujeres con VDRL positivos, 24 (1.71 % del total) fueron VDRL positivos verdaderos y 15 (1.06 % del total) fueron VDRL falsos positivos (Gráfica 2).

La edad de las mujeres fluctuó entre 19 y 48 años, con una media de 30.3 años, el número de embarazos varió de 0 a 6 con una media de 2.6 y el número de pérdidas fetales fue de 0 a 5 con una media de 1.2 (Tabla 1).

De las 15 mujeres estudiadas con VDRL falsos positivos, 5 (una tercer parte) fueron excluidas por presentar una segunda toma con VDRL negativo (VDRL falso positivo transitorio).

Dos Mujeres con VDRL falso positivo solo completaron la primera fase del estudio por abandono, pero es importante analizar sus antecedentes:

### Caso N° 1:

Secundigesta de 26 años casada, sin antecedentes heredo familiares de enfermedades autoinmunes o infecciosas. Sin antecedentes personales significativos. Menarca a los 14 años, ritmo de 30 x 5, G-II, A-II, espontáneos y sin complicaciones. Sin control de fertilidad. Bajo estudio en la Clínica de Biología de la Reproducción por presentar hiperprolactinemia por adenoma hipofisiario, Síndrome de Cushing e infertilidad. Tratada con citrato de clomifen y sin embarazo actual. Laboratorio F S H 8.6, LH 6.5, P R L 6.8, E2 mayor de 25, T 0.38, P<sub>4</sub> no ovulatoria, Biometría hemática, plaquetas y otras pruebas de coagulación, química sanguínea y EGO normales, VDRL positivo con FTA negati-

vo. Quedó incompleto su estudio para verificar existencia de anticuerpos anti-fosfolípidos.

### Caso Nº 2

Primigesta de 30 años, casada. Sin antecedentes heredo familiares de enfermedades autoinmunes . Con Hipertensión Arterial de 12 años de evolución manejada actualmente con AMD 750 mgs cada 24 hrs. Menarca 14 años 30 x 5 , G I , C I ( julio del 93 ), indicada a las 38 semanas , por hipomotilidad fetal persistente , obtención de RN masculino de 3 Kg., Apgar 5/ 6, oligohidramnios y líquido meconial + . Control de la fertilidad con DIU. Sin manifestaciones actuales de enfermedad. Exámenes de laboratorio: Bh completa, QS, EGO , pruebas de coagulación normales . VDRL positivo con FTA negativo . Estudio incompleto por ausencia de detección de Ac Anticardiolipina y Anticoagulante lúpico .

En 5 mujeres no fué posible confirmar un diagnóstico por no reunir criterios clínicos y de laboratorio suficientes . Aún se encuentran en estudio . A continuación se mencionan sus antecedentes :

### Caso 3

Primigesta de 36 años sin antecedentes familiares o personales de enfermedad autoinmune o infecciosa . Sin datos clínicos patológicos actuales y en estudio en la Clínica de la Biología de la Reproducción por Hiperprolactinemia y con manejo actual a base de bromocriptina 2.5 mgs diarios. Menarca 12 años, 28 x 3, G-I, C-I ( Diciembre de 1992, obteniéndose RN masculino de 3.300 Kg, Apgar 8/9 ) . Control de la fertilidad con DIU . Sin embarazo actual, Bh, QS, EGO, y Pruebas de Coagulación normales VDRL +, FTA (-). Pendiente detección de Anticuerpos Anti-cardiolipina y Anticoagulante lúpico .

## Caso 4.

Multigesta de 48 años , abuela materna con Artritis Reumatoide, Menarca 12 años, 28 x 5, G-VI, P-I, A-V, ( parto eutócico con RN femenino, Apgar 8 x 9), 5 abortos, 3 provocados y 2 espontáneos sin complicaciones . Sin control de la fertilidad . Con historia de equimosis y artralgias de l año de evolución , sin tratamiento . Sus exámenes de laboratorio: Bh, QS, EGO, pruebas de coagulación , normales . HIV ( - ), VDRL + con FTA (-). Pendiente detección de Acs. Anticardiolipina y Anticoagulante lúpico .

## Caso 5 .

Multigesta de 25 años, casada, sin antecedentes heredo familiares o personales de enfermedades autoinmunes o infecciosas. Menarca 11 años, ritmo 30 x 3, G-III, P-II: (Primer embarazo, parto eutócico en 1988, femcnino de 3,050 gr., Apgar 8/9. Segundo embarazo, óbito de 32 semanas de gestación). Tercer embarazo, actual de 23 semanas de gestación. Normoevolutivo. Con exámenes de laboratorio: Bh, Q.S., Pruebas de Coagulación normales, EGO con hematuria y leucociturias importantes. Urocultivo positivo a E.Coli, mas de 100,000 colonias. VDRL + con FTA negativo. Anticuerpos Anticardiolipina negativos. Pendiente anticoagulante lúpico. Manejo actual con antibióticoterapia y por la alta sospecha del síndrome antifosfolípido, ácido acetil salicílico 75 mg diarios.

## Caso N° 6.

Secundigesta de 27 años, casada, con abuelas materna y paterna portadoras de Artritis Reumatoide, Madre con Artritis Reumatoide, prima hermana con LES y otra con Artritis Reumatoide. Menarca 13 años, 30 x 4, G-II, P-II, el primer embarazo, parto eutócico a las 28 semanas, RN

masculino de 700 gr, muerte neonatal. Segundo embarazo, parto eutócico 38 semanas, R.N. femenino, 3650 gr. Apgar 8/9, evolución normal.

Al momento sin datos de anormalidad, laboratorio Bh, Q.S., Pruebas de coagulación y E.G.O. normales, VDRL positivo, FTA negativo, pendiente anticuerpos Anticardiolipina y Anticoagulante lúpico.

### Caso N° 7

Multigesta de 19 años de edad, casada, sin antecedentes heredo familiares de enfermedades autoinmunes o infecciosas. Menarca 12 años, 30 x 3,, G-III. C-I, A-I, P-I, primer embarazo, cesárea por hipomotilidad fetal persistente, a las 40 semanas R.N. femenino peso de 3,000 gr Apgar 8/9, segundo embarazo, aborto del primer trimestre espontáneo sin complicaciones. Tercer embarazo, parto eutócico a las 32 semanas, RN femenino óbito. Sin control anticonceptivo y sin embarazo actual. Refiere fotosensibilidad facial y caída del cabello de un año de evolución, pérdida de peso de tres meses de duración, con laboratorio: Bh, Q.S. y E.G.O.y pruebas de coagulación normales. Anticuerpos antinucleares negativos, VDRL positivo FTA negativo, pendiente anticuerpos Anticardiolipina, anti DNA y Anticoagulante lúpico.

En tres de 15 mujeres (Una quinta parte) fué posible confirmar un diagnóstico integral de enfermedad al reunir criterios clínicos de laboratorio que a continuación se mencionan :

### Caso 8

Secundigesta de 21 años , casada sin antecedentes heredo familiares de enfermedades autoinmunes o infecciosas. Con diagnóstico de LES desde 1986, con historia de tromboflebitis de miembro pélvico izquierdo en 1987 y manejo actual a base de prednisona 30 mg al día.

Durante un año manejo con anticoagulantes cumarínicos. Menarca 13 años, ritmo 30 x 3, G-III, A-II, primer aborto en 1990 en forma espontánea, segundo aborto espontáneo sin complicaciones. Control con DIU y manifestaciones frecuentes de fotosensibilidad y artritis. Laboratorio actual normal a excepción de VDRL falso positivo y anticuerpos Antifosfolípidos positivos aún en control por Medicina Interna.

#### Caso Nº 9.

Multigesta de 32 años, casada sin antecedentes HF de enfermedades autoinmunes. LES diagnosticado en mayo de 1992, manejado con prednisona 30 mg al día. Hipertensión arterial reciente de 3 meses de evolución. Menarca 11 años, ritmo de 30 x 4, G-III, A-II, los dos abortos espontáneos sin complicaciones. Actualmente cursa con embarazo de 21 semanas sin actividad Lúpica. Exámenes de laboratorio Bh, Q,S., E.G.O. normales, VDRL positivo, FTA negativo, anticuerpos Anticardioliopina positivos. Manejo actual con prednisona 30 mg diarios, más ácido acetilsalicílico 75 mg diarios. Vigilancia estrecha.

#### Caso Nº 10.

Primigesta de 29 años, casada. sin antecedentes HF de enfermedades autoinmunes. Neurocisticercosis desde los 12 años, tratada con carbamacepina 600 mg diarios, diagnósticos documentados de Enfermedad Reumática autoinmune: Enfermedad mixta del tejido conectivo vs Esclerosis sistémica progresiva asociada a: anticuerpos Anticardioliopina y anticuerpos antiRo. Menarca 11 años ritmo 28 x 3, G-I, C-I, embarazo complicado con oligohidramnios y bradicardia fetal detectada desde las 20 semanas de gestación. Resuelto a las 37 semanas con RN femenina de bajo peso 1,900 gr, Apgar 7/8 , con bloqueo auriculo-ventricular completo secundario al paso transplacentario del Anticuerpo Anti Ro . Laboratorio: Bh, Q.S. y E.G.O., Pruebas de coagulación normales. Anticuerpos Anticar-dioliopinas, antiRo positivos, antiRNP positivos, antinucleares positivos. Manejo durante el embarazo prednisona dosis inicial de 30 mg,

**mantenimiento 10 mg mas ácido a-cetil salicílico 35 mg diarios. La RN con evolución satisfactoria, sin necesidad de marcapaso. La madre con reactivación inmunológica en el puerperio inmediato.**

## DISCUSION

El VDRL falso positivo en la paciente embarazada, adquiere un significado clínico y pronóstico importantes por su asociación con enfermedades que con llevan riesgo de mayor morbimortalidad materno fetal.

Como se ha descrito (1, 2) el aumento en el título de la reacción del VDRL verdadero positivo puede ser por infección reciente, reinfección o recidiva sifilítica (3), en el caso del VDRL falso positivo, se puede presentar como

- A: Transitorio (menor de 6 meses), y ser secundario a enfermedades virales, neumonías atípicas, Hepatitis y aún durante el embarazo, en este último en un 2 a 4 % de las embarazada con positividad por días a semanas después de finalizada la gestación (4).
- B: Crónico (con mas de 6 meses de evolución), asociado a Enfermedades autoinmunes: LES, AR, Enfermedad Mixta del tejido Conectivo, Síndrome Anti-fosfolípido, Tiroiditis. Linfomas, adicción a drogas, otras enfermedades por treponema y en 1 a 4 % de la población normal (4, 14).

En la población americana la frecuencia de VDRL verdadero positivo, ( Sífilis) ha mostrado incremento en los últimos años y en promedio se mantiene en una tasa anual de 14.6 casos por 100,000 personas (5). Nuestros resultados muestran que la frecuencia de VDRL positivo verdadero es de 1.7%, cifra sin diferencia a las reportadas por la Jefatura de Epidemiología del I.M.S.S. con una incidencia anual del 1.6 % y tasas de 12.4 por 100,000 derechohabientes en 1985 y 7.1 casos por 100,000 derechohabientes en 1989 (6).

No existió diferencia significativa en cuanto a edad, estado civil entre los grupos de VDRL falso positivo transitorio o crónico.

Al efectuar el análisis de las 10 mujeres portadoras de VDRL falso positivo crónico, se dividieron en dos grupos, las asintomáticas y las que presentaban manifestaciones de enfermedad.

El grupo de pacientes asintomáticas estuvo formado por 7 mujeres, de las cuales 2 presentaron antecedentes de Artritis Reumatoide y LES familiar, esto sugiere que puede existir factor hereditario predisponente para enfermedad autoinmune. También llama la atención que 2 mujeres se encontraban en estudio por hiperprolactinemia e infertilidad, la posibilidad de síndrome antifosfolípido pudiera estar relacionado a esta alteración hormonal como en la asociación de hiperprolactinemia con LES descrita en la literatura especializada (7).

No existió diferencia alguna en ambos grupos en cuanto a pruebas de laboratorio de perfil básico y de coagulación, y perfil inmune

En ninguna mujer fue posible integrar diagnóstico de síndrome antifosfolípido u otro tipo de enfermedad, por el momento el VDRL falso positivo carece de implicaciones clínicas y pronósticas. Creemos que estas pacientes ameritan vigilancia periódica en búsqueda de manifestaciones que sugieran la enfermedad autoinmune de aparición tardía. No se descarta que el VDRL falso positivo pueda representar a largo plazo alteración precursora de autoinmunidad.

El grupo de pacientes con manifestaciones de patología estuvo formado por tres mujeres, dos de ellas con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico en control y otra con Enfermedad Mixta del tejido conectivo, en dos historia de tromboembolismo y con aumento en la in-



cidencia de pérdidas repetidas de embarazo. Nos llama la atención que ninguna de estas pacientes tenían antecedentes heredofamiliares de enfermedad autoinmune en estos casos se confirmó mayor morbimortalidad perinatal desde una mayor incidencia de abortos, RCIU en uno de los casos y Toxemia severa sobreagregada en otro.

En estas pacientes tanto desde el punto de vista clínico como de laboratorio se confirmó el diagnóstico de enfermedad autoinmune mas Síndrome Antifosfolípido secundario.

En nuestro estudio, no detectamos ningún caso de síndrome Antifosfolípido primario, enfermedades hematológicas, hepáticas, endócrinas o virales ni asociación a enfermedades infecciosas con micobacteria o por otros treponemas ni a drogadicción.

Finalmente la incidencia de VDRL falso positivo transitorio en 5 pacientes puede ubicarse en el grupo de las embarazadas sin ninguna implicación de enfermedad.

Creemos que la prueba de VDRL y FTA siguen siendo fundamentales en la paciente embarazada normal y en especial en aquellas mujeres con cualquiera de los siguientes antecedentes:

- A. Pérdida fetal recurrente
- B. Historia de eventos tromboembólicos
- C. LES, AR y otras enfermedades autoinmunes
- D. Plaquetopenia y
- E. TPT activado prolongado.

## CONCLUSIONES

1. La incidencia de VDRL positivo verdadero se encontró disminuida en nuestro estudio en comparación con estadísticas americanas
2. El VDRL falso positivo por si solo no implica enfermedad
3. Consideramos que la prueba de VDRL y FTA siguen siendo fundamentales en toda paciente embarazada con o sin patología
4. El VDRL falso positivo asociado a alteraciones clínicas y de laboratorio específicas, es una prueba valiosa en el diagnóstico de síndrome antifosfolípido
5. El síndrome Antifosfolípido está asociado a mayor morbimortalidad materno-fetal durante la gestación

## BIBLIOGRAFIA.

- 1) David Sohn I. Henry BJ: Diagnóstico clínico por el laboratorio. Ed. Salvat: 1559, 1979
- 2) Oppenheim ID: Manual para técnica de laboratorio. Ed. Inter Am, 105, 1979.
- 3) Hobie R: Enfermedades de transmisión sexual Ed. Salvat. 96, 1978
- 4) O.M.S.: Nomenclatura y clasificación actual de sífilis y otros procesos venereos, 1987
- 5) Wendel G.: Early and congenital Syphilis  
Obstet Gynecol; 16(3): 479, 1989
- 6) Valle A: Atlas Epidemiológico, IMSS: 97, 1985-1990
- 7) Jarp LJ, Graaf A, Lavalle C: Prolactin and Gonadal Hormones During Pregnancy in Systemic Lupus Erytaematosus.  
J Rheumatol, 1991; 18: 349-353.
- 8) Comyita C. Et al: Lupus Anticoagulant; Recurrent Abortion, And Prostacyclin - Production by cultured Smooth Muscle Cells  
Obstet Gynecol; 12: 1137, 1983
- 9) Branch W: Antiphospholipid Antibodies and Pregnancy: Maternal implications.  
Seminars in Perinatology, 14(2): 139, 199
- 10) Branch W. Andres R: The association of antiphospholipid antibodies with severe preeclampsia.  
Obstet Gynecol; 73(4): 541, 1989.

- 11) Wilhelm F, Lubbe, et al: Lupus anticoagulant and pregnancy. *Obstet Gynecol*; 153:322, 1985
- 12) Farguharson GR, Compston A, et al :Lupus anticoagulant place for pregnancy treatment. *Lancet*, 12:842, 1985.
- 13) Lockshin AE: Anticardiolipin antibodies and Lupus anticoagulant. *Ann Int Med*; 107:431, 1987.
- 14) Looockwood JC, Romero R, et al: The prevalence and biology significance of lupus anticoagulant and anticardiolopin antibodies in a general obstetric population. *Obstet Gynecol*, 15:369, 1989.
- 15) Carreras OL, Machin J, et al:Trombosis, intrauterin death and "Lupus" anticoagulant:detection of inimmunogloblin interfering with prostaciclín formation. *Lancet*, 31:244, 1982.
- 16) Kachenour K N, et al: A new postpartum syndrome associated with antiphospholipid. *Obstet Gynecol*, 69:460, 1987.
- 17) Graham KV.: The antiphospholipid syndrome: ten years on. *Lancet*, 342:341, 1993

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Tabla 1. Información clínica de pacientes con VDRL Falso-positivo

| Caso N° | Edad (años) | Gestas<br>Cesáreas<br>Partos | Pérdida<br>Fetal |
|---------|-------------|------------------------------|------------------|
| 1       | 26          | G-II                         | A-II             |
| 2       | 30          | G-I, C-I                     | --               |
| 3       | 36          | G-I, C-I                     | --               |
| 4       | 48          | G-VI, P-I                    | A-V              |
| 5       | 25          | G-III, P-II                  | *-I              |
| 6       | 27          | G-II, P-II                   | #-II             |
| 7       | 19          | G-III, C-I, P-II             | * -II            |
| 8       | 21          | G-II                         | A-II             |
| 9       | 32          | G-III, P-II                  | #-II             |
| 10      | 21          | G-I, C-I                     | --               |
| 11      | 40          | G-V, P-V                     | --               |
| 12      | 32          | G-0                          | --               |
| 13      | 32          | G-II, P-II                   | --               |
| 14      | 34          | G-IV, P-II                   | A-II             |
| 15      | 32          | G-IV, P-III, C-I             | --               |

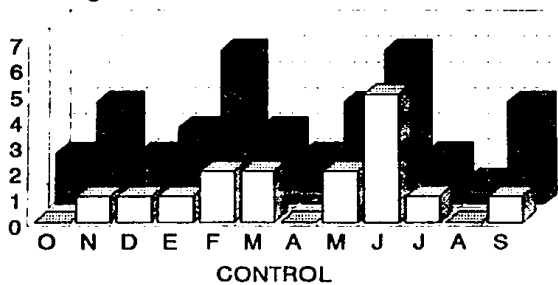
-- Solo completaron la primera fase del estudio

A= Abortos

\*= Muerte neonatal

#= Muerte prenatal

# FRECUENCIA DE VDRL POSITIVO POR MES mmHg

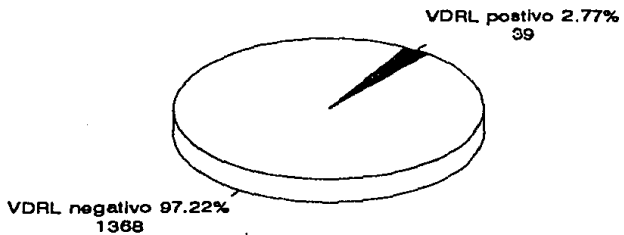


CONTROL

□ Falso +    ■ + Verdadero

# FRECUENCIA DE VDRL EN HGO "LUIS CASTELAZO AYALA"

VDRL N° TOTAL 1,407



Gráfica 1

## FRECUENCIA DE VDRL POSITIVOS

VDRL POSITIVOS, Nº TOTAL 39 (2.77%)

VDRL + VERADERO 61.53%  
24



VDRL FALSO + 38.46%  
15

Gráfica 2