



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

CURSO DE ESPECIALIZACION EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

presenta

DR. JUAN JOSE ARCHILA DEYDEN



HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 3
CENTRO MEDICO LA RAZA

1985

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

11217
7 2ej.



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.

A mi esposa, Adriana

Por su amor, paciencia y comprensión.

A mis hijos:

Juan José y Adriana

INDICE

I. TITULO	1
II. INTRODUCCION	2
III. MATERIAL Y METODO	4
IV. RESULTADOS OBTENIDOS	5
V. COMENTARIOS	6
VI. RESUMEN Y CONCLUSIONES	11
VII. BIBLIOGRAFIA	12

I. TITULO.

INVESTIGACION CITOLOGICA DE CHLAMYDIA TRACHOMATIS
EN LIQUIDO PERITONEAL OBTENIDO POR LAPAROSCOPIA

II. INTRODUCCION.

La infección por *Chlamydia Trachomatis* representa probablemente el foco de mayor interés dentro de las infecciones del tracto genital femenino. Ya en el siglo pasado Kromer (12) refiere conjuntivitis de origen no gonocócico debido al paso del producto por el canal del parto.

En 1907 Prowazerk describe las inclusiones encontradas en las conjuntivas de los recién nacidos, hijos de pacientes en quienes el cérvix o la uretra de ambos cónyuges presentaban uretritis no gonocócica (15). Estos descubrimientos llevaron primero a Linder y más tarde a Thygeson a afirmar en 1911 que aproximadamente el 30% de las uretritis no gonocócicas eran causadas por algún agente capaz de producir inclusión (21). En 1930 la *Chlamydia Trachomatis* se reportó como el agente causal de la Psitacosis, de la Ornitosis y del Linfogranuloma Venéreo. En 1959 se aisló el microorganismo del cérvix y en 1964 se obtuvo del hombre con uretritis no gonocócica, pero la técnica para el estudio lleva seis semanas para dar el resultado definitivo, posteriormente Gordon y Quan en 1965 (6) introducen una técnica más rápida que facilita el cultivo. En 1970 Wang y Grayson por medio de la inmunofluorescencia desarrollan una prueba altamente sensitiva para este microorganismo (22).

Bolerup reportó pacientes con datos clínicos de salpingitis por medio de cultivo de la superficie peritoneal,

de la salpinge y del fondo de saco posterior la presencia de Chlamydia Trachomatis en 48% y solamente un caso en el grupo control (1). Lumicao (13) por medio de tinción de Giemsa, en el cultivo de tejidos realizó el diagnóstico de Chlamydia y también en la secreción vaginal. Treharne y Cols., (22) encontraron un 62% de anticuerpos en pacientes con antecedentes de salpingitis aguda.

De la Chlamydia Trachomatis se sabe que es un parásito intracelular obligado, considerado algunas veces como un gran virus, sensitivo a la acción de agentes antimicrobianos o antibióticos. Sin embargo, difiere de los virus en poseer los dos ácidos nucleicos y una discreta pared celular con una estructura parecida a la de las bacterias gram negativas, tiene una capacidad metabólica restringida y no se puede multiplicar por división binaria sin la célula huésped (3), (5), (7), (10), (11).

El objeto del presente trabajo es demostrar la presencia de Chlamydia Trachomatis en el líquido peritoneal de pacientes con esterilidad, sometidas a laparoscopia, y por citología correlacionar los hallazgos laparoscópicos.

III. MATERIAL Y METODO.

Se estudiaron dos grupos de pacientes del Servicio de Biología de la Reproducción del Hospital de Gineco Obstetricia No.3, Centro Médico La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El primer grupo llamado Control, constituido por 20 pacientes sanas, del Programa de Planificación Familiar de la Unidad a las que se les aplicó anillos de Yoon por laparoscopia.

El segundo grupo llamado Testigo, constituido por 20 pacientes sometidas a laparoscopia por esterilidad. Se utilizó laparoscopio marca KLI con aditamentos para aspiración y cánula de Jarchow. Por medio de aspiración y/o lavado de las salpinges se tomó una muestra del fondo de saco posterior, el cual se mandó al Servicio de Citología de la Unidad en donde se procesó por medio del método de tinción de Papanicolaou.

IV. RESULTADOS OBTENIDOS:

En el presente estudio se encontró que hubo sangre en 16 y 12 pacientes de los casos de Control y Testigo - respectivamente. Células ováricas, células tubáricas, células mesoteliales, células endometriales, histiocitos, linfocitos y exudado inflamatorio en ambos grupos de estudio, y no se encontró Chlamydia Trachomatis en ninguno de los dos grupos como se puede observar en el Cuadro I.

En el Cuadro II, se reportan los hallazgos citológicos y laparoscópicos, encontrando proceso inflamatorio desde el punto de vista citológico en 9 pacientes del Grupo Control y en 8 pacientes del Grupo Testigo. Se encontraron datos de proceso inflamatorio desde el punto de vista de los hallazgos laparoscópicos únicamente en 12 de los pacientes del Grupo Testigo y se observaron datos de proceso adherencial tubario y peritubario en 14.

Hubo dos casos de tuberculosis genital y dos casos de endometriosis, corroborados laparoscópicamente. En los primeros, desde el punto de vista citológico, sólo se encontró células tubáricas e histiocitos, y en los casos de endometriosis se encontró la presencia de células endometriales en cantidad importante.

Asimismo, se encontraron inclusiones de Chlamydia Trachomatis por citología vaginal en un solo caso del Grupo Control.

CUADRO I

INVESTIGACION CITOLOGICA DE CHLAMYDIA TRACHOMATIS

EN LIQUIDO PERITONEAL

<u>GRUPOS</u>	<u>No. CASOS</u>	<u>SANGRE</u>	<u>C.TUBA- RICAS</u>	<u>C.OVA- RICAS</u>	<u>HISTIO- CITOS</u>	<u>LINFO- CITOS</u>	<u>E.INFLA- MATORIO</u>	<u>C.MESOTE- LIALES</u>	<u>C.ENDOME- TRIALES</u>	<u>CHLAMYDIA</u>
CONTROL	20	16(80%)	11(55%)	8(40%)	5(25%)	0	9(45%)	5(25%)	4(20%)	0
TESTIGO	20	12(60%)	9(45%)	5(25%)	10(50%)	6(30%)	7(35%)	4(20%)	5(25%)	0

CUADRO II

CORRELACION ENTRE HALLAZGOS LAPAROSCOPICOS Y CITOLOGICOS

<u>GRUPOS</u>	<u>PROC.INFLAMATORIO CITOLOGICO</u>	<u>PROC.INFLAMATORIO LAPAROSCOPICO</u>	<u>PROC. ADHERENCIAL</u>
CONTROL	9 (45%)	0	0
TESTIGO	8 (40%)	12 (60%)	14 (70%)

V. COMENTARIOS.

La *Chlamydia Trachomatis* proviene de un grupo de dos especies del género *Chlamydie*, una que es la *Chlamydia Psittaci* que es el agente causal de la Psittacosis, y la *Chlamydia Trachomatis* que es el agente patógeno específico humano (7), (8), (9).

Todas las *Chlamydias* tienen un antígeno específico del género. La *Chlamydia Trachomatis* puede ser diferenciada por procedimientos serológicos, se le conocen quince serotipos, que son los responsables de los tres grupos fundamentales de infección, los cuales son: el linfogranuloma venéreo, el trachoma productor de la ceguera endémica y los agentes que se transmiten por vía sexual y que causan: cervicitis, epididimitis, salpingitis, infecciones perinatales y otras (5).

La *Chlamydia* se diferencia a un único ciclo, el cual la distingue de los demás microorganismos. Es una bacteria intracelular obligatoriamente, un parásito bien adaptado que depende de las células para su nutrición y energía. Son capaces de actividades metabólicas limitadas y no poseen un sistema enzimático capaz de generar ATP, y por ello pueden considerarse como un parásito energético.

El inicio de la infección se presenta cuando la partícula infecciosa se adhiere a la célula parasitada, es ingerida por un proceso de fagocitosis facilitada y son selectivamente absorbidas por las células del huésped que son

susceptibles, permaneciendo en un fagosoma a través de un ciclo de crecimiento que dura aproximadamente 48 hrs., sufriendo una reorganización hacia lo que se llama un cuerpo reticular o inicial, el cual representa la forma activa metabólica y la forma de división del microorganismo. Estas formas no son infectantes y no sobrevivirán fuera de la célula. Se dividen durante 8 a 24 ó 36 hrs., aproximadamente y luego se reorganizan en cuerpo elemental que son liberados cuando la célula infectada se rompe; todo el tiempo que dura intracelular, se le localiza dentro de un fagosoma, de ahí que la detección de las inclusiones citoplásmicas son métodos por los cuales detectamos la Chlamydia. El ciclo completo de la infección dura de dos a tres días (3).

La infección por Chlamydia Trachomatis es actualmente una de las causas de mayor frecuencia dentro de las enfermedades de transmisión sexual (19), se ha demostrado en diversos países que tiene mayor frecuencia que las infecciones gonocócicas.

La complicación sistemática más grave de la infección en la mujer, es la Salpingitis Aguda (4), (20) lo que ha sido motivo de considerable atención en la actualidad. Sin embargo, se desconoce la incidencia con que tiene lugar esta enfermedad y existe controversias en lo que se refiere a la importancia de este agente en cuanto a su localización geográfica.

Los investigadores Escandinavos sugieren, que aproximadamente la mitad de los casos de Salpingitis Aguda que tie

nen lugar en su área, se deben a Chlamydia Trachomatis (4), (6). No así en Norteamérica, en donde los resultados no están bien definidos. Las primeras evidencias de la asociación de Chlamydia Trachomatis en la Salpingitis Aguda, fue documentada por Ellard y Cols. (16), quienes aislaron Chlamydia de muestras tubáricas en 2 de 22 mujeres que tenían una Salpingitis Aguda y que fueron sometidas a laparoscopia. De mayor importancia es el informe de Mardhb y Cols. (16), de que, en un 30% de mujeres con Salpingitis Aguda se encontró Chlamydia Trachomatis. En las trompas en las que se aisló este germen a través del material aspirado de las trompas que estaban afectadas durante la visualización laparoscópica.

Así, otros autores han aislado Chlamydia Trachomatis tales como: Paavonen y Cols., quienes la aislaron en el 30% de 228 pacientes; Ripa y Cols., aislaron 51 casos (33%) de 156 mujeres con Salpingitis Aguda (16).

Los principales procedimientos diagnósticos para las infecciones por Chlamydia Trachomatis son esencialmente los mismos que para el diagnóstico de cualquier otra infección microbiana.

El germen se puede demostrar mediante estudios citológicos de las muestras clínicas, los procedimientos serológicos pueden usarse para demostrar la elevación del título de anticuerpos a los antígenos de la Chlamydia, o bien, el agente se puede aislar de los tejidos de los pacientes mediante cultivo.

ESTA TESTS N9 DEBE
SABER DE LA BIBLIOTECA
SALIR DE LA

En nuestro estudio no se evidenció la presencia de Chlamydia Trachomatis en el líquido peritoneal de las pacientes consideradas como normales y tampoco en las pacientes en estudio por problema de esterilidad y con factor tuboperitoneal.

Esto está en concordancia con los estudios realizados en los Estados Unidos, en donde aislaron Chlamydia Trachomatis de las trompas o del fondo de saco de Douglas de las pacientes que mostraban Salpingitis Aguda (1), (2).

Sweet y Cols.(17), no aislaron un solo caso de Chlamydia Trachomatis de 37 mujeres que sufrieron evaluación laparoscópica.

Eschnbach y Cols. (4), aislaron un solo caso entre 102 pacientes. Thompson y Cols. (20), fueron capaces de aislar Chlamydia Trachomatis de localización intraperitoneal en 3 de 30 pacientes que presentaban cuadro de Salpingitis Aguda; sin embargo, dos de sus tres casos aislados fueron procedentes del líquido del fondo de saco de Douglas (18).

Nosotros pensamos que el hecho de no haber encontrado el germen en el presente estudio, se debe a que la mayor parte del ciclo biológico es intracelular y aunque se pensaba que la demostración de las inclusiones celulares de las muestras del tracto genital, fue el método utilizado para definir las características epidemiológicas y el aspecto clínico de la enfermedad por Chlamydia Trachomatis, antes de que se contara con los métodos de cultivo. Por esta razón pensamos que este procedimiento no puede recomendarse debido a su baja sensibilidad y especificidad, ni el

más indicado para su búsqueda.

Sin embargo, el que no se demuestren inclusiones del germen no excluye la posibilidad de una infección por Chlamydia Trachomatis, ya que como hemos mencionado los procesos serológicos y el cultivo son los procedimientos de elección para su identificación o detección.

Tanto en el Grupo Control como en el Grupo Testigo, hubo datos de proceso inflamatorio en el 44.4% y 35% de los casos, así como la presencia de células endometriales que se consideran como resultado de un proceso de regurgitación transtubaria del endometrio descamado.

La correlación entre los hallazgos citológicos y laparoscópicos, mostraron nuevamente que hubo proceso inflamatorio en 9 (44.4%) del Grupo Control en contraste con 8 (40%) de los casos del Grupo Testigo que correlacionaron con el hallazgo laparoscópico de proceso inflamatorio anexial y el 14 (70%) de proceso adherencial peritubario, lo cual es altamente significativo y permite inferir que la paciente con proceso adherencial e inflamatorio observado por laparoscopia correlaciona bien con procesos inflamatorios detectados por citología, lo que permite concluir que en este grupo de pacientes es conveniente someterlas a tratamiento anti-inflamatorio antes de la microcirugía (14).

El hallazgo de 20% de pacientes con células endometriales y procesos adherencial, puede estar en relación con focos endometrióticos no visibles durante la laparoscopia (18).

VI. RESUMEN Y CONCLUSIONES.

En el estudio se investigó por medio de citología del líquido peritoneal obtenido por laparoscopia la presencia de Chlamydia Trachomatis en dos grupos de pacientes del Servicio de Biología de la Reproducción del Hospital de Gineco Obstetricia No. 3, Centro Médico La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se encontró en los extendidos la presencia de células tubáricas, ováricas, mesoteliales, endometriales e histiocitos.

No se encontró Chlamydia Trachomatis en ninguno de los dos grupos estudiados, pero se encontró proceso inflamatorio agudo y crónico en ambos grupos.

La presencia de C. Endometriales en el 20% de los casos del grupo Control permiten inferir la presencia de endometriosis.

Hubo correlación entre la presencia de proceso inflamatorio en los hallazgos laparoscópicos y citológicos.

El hecho de no haber encontrado Chlamydia Trachomatis en ninguno de los casos de los grupos estudiados no invalida la posibilidad de la existencia del germen.

Se considera que es conveniente continuar el presente estudio y practicar cultivos con el objeto de demostrar la presencia de Chlamydia Trachomatis.

VII. BIBLIOGRAFIA.

1. Anne Bollerup. Fi
Fifth International Symposium on Human
Chlamydial Infection
Sexually Transmitted Diseases
October-December. 216-232; 1982.
2. Anders, Torvald Stevenssons.
Chlamydia Trachomatis infection in
patients with acute salpingitis.
New Eng. J. of Med.
1377-1379
3. Dunlop, E.M.C., Darougar, S.
Epidemiology of infection by serotypes
D to K of Chlamydia Trachomatis.
Br. J. Vener Dis.
56:163; 1980.
4. Eschenbach D A, Buchanan TM Pollock GM
Polymicrobial etiology of acute pelvic
inflammatory disease.
N. Engl. J. Med.
293: 166; 1975.
5. Ghadirian, F.D. Robson, H.G.
Chlamydia Trachomatis Genital Infections
Br. J. Vener Dis.
55:515; 1979.
6. Gordon F.B. Quan
Isolation of the Trachoma agent in cell
culture.
Proc. Soc. Exp. Biol. Med.
118: 354; 1965.
7. Grayston, J.T. y WANG S.P.
New Knowledge of Chlamydiae and the
diseases they cause.
Journal of Infections Diseases.
132: 87; 1975.
8. Hammrk, B, Brorsson, J.E.
Salpingitis and Chlamydiae Subgroup A.
Acta Obstet and Gynec. Scand.
55: 377; 1976

9. Johannisson, G, Gun - Britt, M.D.
Genital Chlamydia Trachomatis
Infection in Women.
Am. J. Obst. and Gynec. Col.
56:671; 1980
10. Julius Schachter.
Chlamydial Infections
The New Eng. J. of Med.
Feb. 23: 428; 1981.
11. Julius Schachter.
Chlamydial Infections
The New Eng. J. of Med.
298, 540; 1978.
12. Kroner T. Zur
Aetiologie der ophthalmone ablenorrhoea
neonatorum.
ZBI Gymak 8:643; 1884.
13. Lumicao, G.G., Heggie, A.D.
Infecciones por clamidias.
Clin. Ped. de Nort.
2: 269; 1979.
14. Oriel, J.D.
Treatment of Chlamydia Trachomatis Infections.
Lancet.
1: 192; 1978.
15. Prowasek S Von Zur.
Aetiologie des Trachomas,
Disch Med. Wochenscr.
2: 1285; 1907.
16. Sweet RL, Schachter J, James J.
Infecciones por Chlamydias en Obstetricia
y Ginecologia
Clinicas Obstétricas y Ginecológicas.
1: 167; 1983.
17. Sweet RL, Draper DL, Schachter J, James J.
Microbiology and pathogenesis of acute
salpingitis as determined by laparoscopy;
what is the appropriate site to sample.
Am J. Obstet Gynecol (IN PRESS).

18. Sgawky Z.A. Badawy y Cuenca V.
Cellular components in peritoneal fluid
in infertile patients with and without
endometriosis.
Fertility and Esterility
42: 5; Nov. 704; 1984.
19. Schachter J. Causse G. and Tarizzo, M.L.
Chlamydiae as agents of sexually transmi-
tted diseases.
Bulletin of the Word Health Organisation
54: 245, 1976.
20. Thompson SE, Hager WD, Wong K-H,
the microbiology and therapy of acute
pelvic inflammatory disease in hospitalized
patients.
Am J. Obstet Gynecol
2: 136 Ene. 1980.
21. Thygeson P. Stone W. Jr.
Epidemoligy of Inclusion Conjuntivitis
Arch. Ophthalmol
27: 91; 1942.
22. Treharne ET. A1.
Antibodies to Chlamydia Trachomatis in
Acute Salpingitis
British Journal of Vener Diseases
55: 26; 1979.
23. Wang S.P. Grayston J.T.
Immunologic Relationship Between GenitalTRIC,
lymphogranuloma venereum, and related organism
in new microtiter indirect inmunofluorescence
test.
Am J. Ophthalmol
70: 367; 1970.