

11217

7 2ej.

HOSPITAL REGIONAL
"20 DE NOVIEMBRE", I.S.S.S.T.E.

PREVALENCIA DE CHLAMYDIA TRACHOMATIS
EN PACIENTES OBSTETRICAS Y GINECOLO-
GICAS EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE
NOVIEMBRE".

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA -
OBTENER EL TITULO DE:

GINECOOBSTETRA

P R E S E N T A

DRA. MA. ESPERANZA PIRA SOTO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

INDICE.

Introducción y generalidades.	pag. 1
Material y métodos.	4
Resultados.	5
Discusión.	12
Bibliografía.	16

INTRODUCCION.

En la actualidad, la liberación de la sexualidad humana ha condicionado el inicio de la vida sexual mas temprano, en parte se ha visto favorecida por el acceso a un mayor número de anti-conceptivos que trae como consecuencia, el aumento de contactos sexuales por persona que incrementa el número de enfermedades - transmitidas sexualmente, lo que representa un serio problema - de salud pública; siendo necesario llevar a cabo todos los estu - dios que se requieran para su detección oportuna para dar el tra - tamiento de elección y evitar su diseminación.

Dentro de este grupo, encontramos las infecciones ocasiona - das por Chlamydia Trachomatis, que en la actualidad es uno de - los principales microorganismos productores de enfermedades ve - néreas.

Las enfermedades de transmisión sexual tuvieron manejo pre - ventivo desde los tiempos de Israel antiguo. Lauder, en 1910, - mostró que las inclusiones celulares eran conglomerados de cuer - pos cocoides y los llamó corpúsculos iniciales, debido a que - son las primeras formas de aparición en las inclusiones en desa - rollo (conjuntivitis de inclusión). Tang y Cols. aislaron con éxi - to el agente causal del tracoma (1957), usando como medio de cultivo el saco vitelino de huevos de gallina. Collien y Sowa - (1958), hicieron la correlación existente entre los microorganismos aislados y el agente causal del tracoma. En 1958, Collien y Cols. especificaron que el tracoma se transmite de persona a per - sona, por contacto con las secreciones infectadas. Collier y - Smith aislaron por primera vez la Chlamydia Trachomatis de la

secreción de un niño que tenía conjuntivitis de inclusión y - del cérvix de la madre de éste.

Las Chlamydias son microorganismos procariotes, pequeños-cocos Gram positivos, parásitos intracelulares obligados que presentan dos formas con un mismo grupo antigénico (1, 2), - que son: el corpúsculo elemental y el corpúsculo inicial.

El corpúsculo elemental es la forma extracelular altamente infectante; se tiñe de color azulado, con Giemsa.

El corpúsculo reticular o inicial, tiene forma variable - de 800 a 1200 nm, poca capacidad infectante, es la forma in-tracelular, reproductora que tiñe de color azulado con Giemsa (1, 2).

La entrada del corpúsculo elemental a la célula huésped - es por fagocitosis, no hay evidencia de que existe un medio - de transporte activo que utilice ATP; de alguna manera, la - Chlamydia Trachomatis induce sus fagocitosis. Los corpúsculos elementales permanecen en una vacuola rodeada de una membrana derivada de la célula huésped, sin perder su individualidad; el corpúsculo elemental aumenta de tamaño gradualmente, dando origen al corpúsculo inicial metabólicamente activo, éste experimenta una fisión binaria para formar corpúsculos que paulatinamente se transforman en corpúsculos elementales; así de 36 a 48 horas después de la infección, las inclusiones maduras pueden liberar nuevas formas infectantes (1, 2).

La respuesta inmunológica del huésped, tal como lo demuestran las pruebas de microinmunofluorescencia es compleja, aparecen anticuerpos IgG ó IgM séricos e Igg o IgA locales en la lágrima y en el cérvix (3).

Las infecciones por Chlamydia Trachomatis se diagnostican con poca frecuencia en nuestro medio, debido a que aún no se conoce un cuadro clínico característico de esta infección, falta o poca disponibilidad de materiales de laboratorio inespecíficos para Chlamydia Trachomatis y al costo de los mismos.

Debemos tener en cuenta que la Chlamydia Trachomatis puede infectar diferentes partes del cuerpo y no únicamente el aparato genitourinario, que es el más frecuente. Por lo mismo, puede ser transmitida al recién nacido a su paso por el canal del parto, puede ocasionar bajo peso al nacimiento, conjuntivitis de inclusión, faringitis, otitis media, neumonía, infección vaginal o rectal por contaminación del neonato durante el parto. En el adulto produce: cervicitis, uretritis no gonocócica, endometritis, enfermedad pélvica inflamatoria, bartholinitis, infertilidad, parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, epididimitis, balanitis, uveítis, conjuntivitis de inclusión, y Síndrome de Reiter (7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17 y 18).

La Chlamydia Trachomatis es sensible in vivo e in vitro a: Rifampicina, Doxiciclina, Minociclina, Oxitetraciclina, Rosalamicina y Eritromicina. Las tetraciclinas y los macrólidos requieren de una dosis bactericida mínima clínicamente útil; los macrólidos son el medicamento de elección en las pacientes gestantes; en las pacientes ginecológicas se puede emplear cualquiera de los dos grupos; la rifampicina es poco recomendable, debido a que produce resistencias a las 24-48 horas después de iniciado el tratamiento. Los betá lactámicos y aminoglucósidos no tienen acción bactericida contra Chlamydia Trachomatis (1,2,

3, 5, 6).

En este estudio nos referiremos únicamente a la prevalencia de Chlamydia Trachomatis en el canal endocervical de la paciente obstétrica y ginecológica del Hospital Regional "20 de Noviembre", I.S.S.S.T.E.; su correlación con los hallazgos clínicos y factores de riesgo.

MATERIAL Y METODOS.

Se muestreó 101 pacientes gestantes del segundo y tercer trimestre del embarazo, que no hubieran recibido terapia antimicrobiana en los últimos 30 días; a 143 pacientes ginecológicas de 15 a 45 años de edad que no hubieran recibido terapia antimicrobiana en los últimos 30 días previos a la toma de la muestra biológica; la muestra bacteriológica fue tomada del canal endocervical de las pacientes en la preconsulta de Ginecología, Obstetricia, en la Unidad de Urgencias Obstetricia y en el área de hospitalización de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional "20 de Noviembre", en el periodo comprendido del 15 de julio de 1987 al 31 de enero de 1988.

Para tomar la muestra se utilizó un espejo vaginal estéril sin lubricante, una pinza uterina, un tubo de Chlamydiacime, un isopo estéril (con el cual se efectuó un raspado horario del canal endocervical), se visualizan las características del cérvix, así como la presencia o no de secreción vaginal y de secreción endocervical; el raspado del canal endocervical se colocó en el tubo de Chlamydiacime. Efectuando la determinación de Chlamydia Trachomatis con la técnica de ELISA, la cual fue reportada

como escasas, moderadas o abundantes chlamydias, de acuerdo al grado de medición fotocolorimétrica.

La sensibilidad de Chlamydiazime es de 83.3 % comparada con 83 % del cultivo de células, una especificidad del 93.5 % comparado con el 100 % de especificidad del cultivo de células.

Este fue un estudio prospectivo y observacional (19, 20).

RESULTADO :

Se analizaron 101 muestras de pacientes gestantes obteniendo el 38.6 % (39) de positividad, 143 muestras de pacientes ginecológicas (41) 28.67 % de positividad; por lo que de cada grupo se formaron 2: positivas y negativas, en cada uno de ellos se buscó la correlación existente entre los hallazgos de interrogatorio y de exploración física.

De las pacientes gestantes, 43 presentaron cervicitis, 21 positivas y 22 negativas; analizado este criterio de clasificación se obtuvo un valor teórico percentilar de distribución para χ^2 3.841 contra un valor calculado de χ^2 de 3.30, lo que determina que la cervicitis en este tipo de pacientes es independiente de Chlamydia Trachomatis (cuadro 1).

70 pacientes gestantes presentaron leucorrea, 28 positivas y 42 negativas, obteniendo en el análisis un valor percentilar teórico de distribución de χ^2 de 3.841 contra un valor calculado de 0.184, lo que deduce que la leucorrea en este grupo de pacientes es independiente de Chlamydia Trachomatis (cuadro 1).

El número de compañeros sexuales fue analizado de la misma forma, tomando en cuenta de 1 a 3 o más compañeros sexuales, ob-

teniendo un valor teórico de distribución para χ^2 de 5.991 contra un valor calculado de χ^2 de 5.545, por lo que el número de compañeros sexuales en este grupo resulta independiente de *Chlamydia Trachomatis* (cuadro 2).

CUADRO 1.
HALLAZGOS DE LA EXPLORACION.

PACIENTES GESTANTES.	POSITIVAS	NEGATIVAS
CON CERVICITIS	21	22
SIN CERVICITIS	18	40
CON LEUCORREA	28	42
SIN LEUCORREA	11	20

CUADRO 2.
NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES.

PACIENTES GESTANTES	POSITIVAS	NEGATIVAS
1 COMPAÑERO SEXUAL	30	55
2 COMPAÑEROS SEXUALES	9	5
3 COMPAÑEROS SEXUALES	0	2

La edad de inicio de vida sexual resultó independiente de *Chlamydia Trachomatis* en este grupo de pacientes encontrándose el mayor número de pacientes entre los 16 y 25 años de edad.

El método de control de la fertilidad (DIU, hormonales y otros) analizado por medio de χ^2 dió un valor percentilar teórico de distribución de 5.991 contra un valor calculado de 12.701

lo que determina que los métodos de control de la fertilidad - tienen dependencia de Chlamydia Trachomatis.

CUADRO 3.
METODO DE CONTROL DE FERTILIDAD.

PACIENTES GESTANTES	POSITIVAS	NEGATIVAS
DISPOSITIVO INTRAUTERINO	17	14
H. ORALES	14	13
OTROS METODOS	8	35

16 pacientes del total de la muestra, cursaron con amenaza de parto pretérmino o con amenaza de aborto del II trimestre, - de éstas, 10 fueron positivas para Chlamydia Trachomatis y 6 negativas. Analizado por medio de χ^2 se obtuvo un valor percentil teórico de distribución de 3.841 contra un valor calculado para χ^2 de 4.576 por lo que se considera que en este grupo la - amenaza de parto pretérmino es dependiente de la presencia de - Chlamydia Trachomatis (cuadro 4).

CUADRO 4.
AMENAZA DE PARTO PRETERMINO E INFECCION DE VIAS URINARIAS

PACIENTES GESTANTES	POSITIVAS	NEGATIVAS
AMENAZA DE PARTO PRETERMINO	10	6
SIN AMENAZA DE PARTO PRETERMINO	29	56
CON INFECCION DE VIAS URINARIAS	9	5
SIN INFECCION DE VIAS URINARIAS	30	57

También se analizó el antecedente de infección de vías urinarias resistentes al tratamiento el cual se encontró en 14 pacientes de ellas, 9 fueron positivas para Chlamydia Trachomatis y 5 negativas, al analizarlo con χ^2 se obtuvo un valor percentilar teórico de distribución de 3.841 contra un valor calculado de 4.518, por lo que se considera dependiente este dato de la presencia de Chlamydia Trachomatis (cuadro 4).

La distribución por edades también se analizó por medio de χ^2 y se obtuvo un valor percentilar teórico de distribución de 11.07 contra un valor calculado de .6524, por lo que se determina que la edad es independiente de Chlamydia Trachomatis, siendo la mayor incidencia en la tercera década de la vida.

También se analizó el número de gestaciones obteniendo un valor percentilar teórico de distribución de χ^2 de 7.815 contra un valor calculado de 2.841; por lo que este dato resulta independiente de la presencia de Chlamydia Trachomatis.

De 143 pacientes ginecológicas, 53 presentaron cervicitis, 22 positivas y 31 negativas, que analizada por medio de χ^2 se obtuvo un valor percentilar teórico de distribución de 3.841 contra un valor calculado de χ^2 de 6.574, lo que determina que en este grupo, la cervicitis es dependiente de Chlamydia Trachomatis (cuadro 5).

70 pacientes presentaron leucorrea, 30 positivas y 40 negativas, se obtuvo un valor percentilar teórico de distribución para χ^2 de 3.841 contra un valor calculado de 13.145, por lo que en este grupo la leucorrea se considera dependiente de la Chlamydia Trachomatis (cuadro 5).

CUADRO 5.

HALLAZGOS DE LA EXPLORACION.

PACIENTES GINECOLOGICAS	POSITIVAS	NEGATIVAS
CON CERVICITIS	22	31
SIN CERVICITIS	19	70
CON LEUCORREA	30	40
SIN LEUCORREA	11	61

El número de compañeros sexuales fue clasificado de 1 a 3 ó más compañeros sexuales (cuadro 6), obteniendo un valor percentilar teórico para χ^2 de 5.991, contra un valor calculado de χ^2 7.908 que determina este criterio de clasificación como dependiente de Chlamydia Trachomatis.

CUADRO 6.

NUMERO DE COMPAREROS SEXUALES

PACIENTES GINECOLOGICAS	POSITIVAS	NEGATIVAS
UN COMPARERO SEXUAL	30	93
DOS COMPAREROS SEXUALES	10	8
TRES O MAS COMPAREROS SEXUALES	1	1

Los métodos de control de la fertilidad empleados por estas pacientes fueron clasificados en un solo grupo: DIU hormonales - orales y otros métodos. Se obtuvo un valor percentilar teórico de distribución para χ^2 de 5.991 contra un valor calculado de 1.414, lo que determinó en este grupo de pacientes al método anticonceptivo empleado independiente de la presencia de Chlamydia Trachomatis.

La distribución por edad en este grupo de pacientes, no se encontró estadísticamente significativa, siendo la mayor incidencia entre los 25 y 35 años de edad.

La edad de inicio de vida sexual en este grupo de pacientes se encontró independiente de Chlamydia Trachomatis, siendo la mayor frecuencia de edades de inicio de vida sexual entre los 15 y los 25 años de edad, obteniendo un valor percentil teórico para χ^2 12.592 contra un valor calculado de 1.701.

Se analizó el antecedente de infecciones urinarias de repetición, encontrando un total de 8 pacientes, 4 positivas y 4 negativas; analizado con χ^2 se encontró un valor percentil teórico de distribución de 3.841, contra un valor calculado de 1.884 que determina este criterio independiente de la presencia de Chlamydia Trachomatis (cuadro 7).

Siete pacientes presentaron antecedente de esterilidad, 5 de las cuales fueron positivas para Chlamydia Trachomatis, 2 negativas, analizado con χ^2 se obtuvo un valor percentil teórico de distribución de 3.841, para un valor calculado de 6.579 determinando este antecedente como dependiente de Chlamydia Trachomatis (cuadro 7).

Dos pacientes tuvieron bartholinitis, asociada a Chlamydia Trachomatis; analizado con χ^2 determinó este dato como dependiente de Chlamydia Trachomatis, con un valor percentil teórico de distribución de 3.841 para un valor calculado de 5.046 (cuadro 7).

Diez pacientes presentaron enfermedad pélvica inflamatoria 6 de éstas fueron positivas y 4 negativas; analizando estos dos

grupos con χ^2 se encontró un valor percentilar teórico de distribución de 3.841 para encontrar un valor calculado de 5.160, determinando la dependencia de este dato con Chlamydia Trachomatis (cuadro 7).

CUADRO 7.

ENFERMEDADES ASOCIADAS A CHLAMYDIA TRACHOMATIS.

PACIENTES GINECOLOGICAS	POSITIVAS	NEGATIVAS
ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA	6	4
SIN ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA	35	98
CON ESTERILIDAD	5	2
SIN ESTERILIDAD	36	100
CON BARTHOLINITIS	2	0
SIN BARTHOLINITIS	39	102
CON INFECCION DE VIAS URINARIAS	4	4
SIN INFECCION DE VIAS URINARIAS	37	98

El número de gestaciones tomado de 0 a 4 ó más; analizado con χ^2 se encontró un valor percentilar teórico de distribución de 9'488 contra un valor calculado de 17.339, por lo que en este grupo se encontró el número de gestaciones dependiente de la Chlamydia Trachomatis.

DISCUSION.

En el grupo de pacientes gestantes se encontró que estadísticamente no fue significativa la presencia de cervicitis y leucorrea en relación con la presencia de Chlamydia Trachomatis, esto podemos considerarlo debido a que la paciente gestante tiene -- cierta predisposición a presentar cervicitis y aumento de las secreciones vaginales debido a la secreción de diferentes hormonas propias del embarazo, lo que a su vez, puede favorecer la secreción de ácido araquidónico precursor de las prostaglandinas o -- bien esta liberación de ácidos produzca un despulimiento de las membranas, favoreciendo la ruptura prematura de las mismas, podemos considerar que en estas pacientes, la presencia de Chlamydia Trachomatis no fue lo suficientemente agresiva como para interferir con la concepción, pero si encontramos un aumento de la relación de infecciones de vías urinarias resistentes al tratamiento en las pacientes gestantes positivas para Chlamydia Trachomatis, lo cual se ve favorecido por las modificaciones que sufre anatómica y funcionalmente el aparato genitourinario, que a su vez se ve asociado con cierta frecuencia con actividad uterina pretérmino, a las infecciones de vías urinarias y a la infección por Chlamydia Trachomatis, se ha encontrado asociada a prematuridad y bajo peso al nacimiento (11) y que debemos considerar este grupo de pacientes como de riesgo para tener endometritis postparto ó postcesárea, en este grupo no encontramos relación con la edad de inicio de vida sexual y con el número de compañeros sexuales, quizá debido a que el número de compañeros sexuales no sea con --

fiable, ya que en realidad un estudio que de acuerdo a la literatura mundial reporta que a mayor número de compañeros sexuales, mayor incidencia de Chlamydia Trachomatis, no se pudo comprobar que el número de gestaciones tuviera relación con la presencia de Chlamydia Trachomatis debido a que probablemente esto no influya en una mayor o menor actividad sexual; en la distribución por edades no se encontró diferencia significativa, antes se observó un pico en la tercera década de la vida, probablemente por una mayor actividad sexual en esta época.

En grupo de pacientes ginecológicas se encontró la cervicitis y la leucorrea como dependientes de Chlamydia Trachomatis, esto puede deberse al aumento de la secreción endocervical por el proceso infeccioso, que a su vez condiciona modificaciones del moco cervical normal haciéndolo menos penetrable por los espermatozoides, condicionando un medio hostil para los mismos, puede estar relacionado con el menor número de gestaciones en este grupo, también es significativo el hecho de que en este grupo se encuentren 6 pacientes con enfermedad inflamatoria pélvica, asociada a Chlamydia Trachomatis, ya que sabemos, en la actualidad es uno de los microorganismos productores de enfermedad pélvica inflamatoria, aunque la Chlamydia Trachomatis no produce daño en la mucosa de las salpinges, como ocurre con los gonococos; puede producir daño irreversible por su asociación con otros microorganismos, aunque no podemos asegurar que en estos casos la Chlamydia Trachomatis se la causante de estas enfermedades.

La sintomatología de vías urinarias no tiene significancia en este grupo, quizás porque en éste no se encuentran las modificaciones anatómicas y funcionales del aparato genitourinario como en la mujer embarazada; otro dato que llama la atención, es la asociación con bartholinitis y Chlamydia Trachomatis; - en este caso, tampoco se puede asegurar que la Chlamydia Trachomatis sea la causante de este proceso, pero sí es importante hacer énfasis sobre su asociación, aunque para poder determinar si la Chlamydia Trachomatis es el agente causal, tendríamos que hacer una determinación de la secreción intraglandular con el método más específico (cultivo de células), pero debido a su costo y problemas técnicos, no es posible realizarlo. Por el momento, en este grupo los métodos de control de la fertilidad no tuvieron relación aparentemente con la Chlamydia Trachomatis; es interesante ver que el DIU se encontró en 52 pacientes del total, 18 positivas para Chlamydia Trachomatis, esto debemos tomarlo en consideración, ya que el DIU favorece la cervicitis, la enfermedad inflamatoria pélvica y la endometritis por ascenso de los microorganismos a la cavidad uterina y de ahí a las trompas de Falopio; esto es considerado como causa de riesgo de esterilidad por factor tuboperitoneal y aumento en la frecuencia de embarazo ectópico. El número de compañeros sexuales en este grupo se encontró relacionado con la presencia de Chlamydia Trachomatis, es decir, que a un mayor número de compañeros sexuales aumenta el riesgo de contraer una infección por Chlamydia Trachomatis, que el principal medio de contagio es por contacto sexual, aunque no es el único. La edad

en que se inicia la vida sexual y la distribución por edades, no es significativo como vemos en este grupo, al igual que se ha visto en otros grupos de estudios como el del Hospital Infantil de México, en niñas púberes y prepúberes (19). En el que se encontró un porcentaje de positividad de 16.9 en prepúberes y de 23 % en púberes; de este grupo, 26.2 % habían tenido relaciones sexuales, siendo positivas el 22 % de las pacientes sin vida sexual, comparando este estudio con los reportes en mujeres púberes: Chacko 23 % de positividad, Tcekel 5 % en universitarias, Bowie 5 a 7 % en preparatorias, en la población de Alaska (2) 23 % en general, de las cuales, el 47 % eran gestantes.

El presente estudio reporta una prevalencia muy alta para *Chlamydia Trachomatis*: 38.6 % en mujeres gestantes y 28.67 % - en ginecológicas, lo cual tiene relación con el estudio realizado por el Hospital Infantil de México en mujeres prepúberes y púberes, consideradas de bajo riesgo para presentar este tipo de infección que es transmitida principalmente por contacto sexual; es de esperarse que a la población en edad reproductiva con vida sexual activa sea más frecuente este microorganismo.

Por lo que consideramos que deben realizarse más estudios en nuestro país para tratar de establecer en forma más exacta la prevalencia de *Chlamydia Trachomatis* y poder prevenir las secuelas que ésta pueda causar, tanto a la madre, como a su producto.

B I B L I O G R A F I A .

- 1 .- Bowie, W. R., MD:
Epidemiology and Therapy of Chlamydia Trachomatis Infections.
Drugs 1984; 27:459-468.
- 2 .- Tommey, K.E., MD; Rafferty, M.P., MD; Stamm, W.E., MD:
Unrecognized High Prevalence of Chlamydia Trachomatis Cervical Infection in an Isolated Alaskan Eskimo Population.
JAMA, Juli 1987; 258 (1) 53-56.
- 3 .- Johannisson, G., MD; Lowhgen, G. B., MD; Lycke, E., MD:
Genital Chlamydia Trachomatis Infection in Women .
Obstet Gynecol, Dec 1980; 56 (6), 671-75.
- 4 .- Schachter, J; Richard, L. Sweet, MD; Grossman, M., MD et al
Experience with the Routine use of Eritromycin for Chlamydial Infections in Pregnancy.
N. Eng. J. Med., Jan 1986; 314 (5) 276-9.
- 5 .- Bowie, W. R., MD; Nanzon, L. M., BSN; et al;
Efficacy of treatment regimens for lower urogenital Chlamydia Trachomatis infection in women.
Obstet Gynecol, Jan 1982, 142 (2) 125-29.
- 6 .- Heggie, MD; et al:
Chlamydia Trachomatis Infection Mothers and Infants.
Am. J. Dis. Child, Jun 1981; 135:507-11.
- 7 .- Simmons, J. F., MD; Callahan, C., MD; Shanahan, B. MS; Jungkind, D., PhD:
Chlamydial Infections in Pregnancy.
J. Reprod. Med. Jan 1986; 31(1), 19-22.
- 8 .- Rees, E.; Tait, A.; Hobson, D.; Karaylanis, P.; Lee, N.:
Persistence of Chlamydial Infection after treatment for neonatal conjunctivitis.
Arch. Dis Childh 1981, 56: 193-198.
- 9 .- Berman, S. M., MD; Harrison, H. R., MD; Boyce Thomas, MD; et al:
Low Birth Weight, Prematurity, and Postpartum Endometritis.
JAMA March 1987; 257 (9) 1183-94.
- 10.- Menchaca, A. MD.; Suarez, M., MD; Friberg, J. MD:
Incidence of Chlamydia Trachomatis in Peripartum Fallopian Tubes.
J. Reprod Med Feb 1988, 33 (2), 199-201.

- 11.- Harrison, R. H.; MD; Russell, A.E., MD; Weinstein, L., MD:
Cervical Chlamydia Trachomatis and Mycoplasma Infections
in Pregnancy.
JAMA Oct 1982;250, 13, 1721-27.
- 12.- Wolner-Hanssen, P.
Oral contraceptive use modifies the manifestations of pelvic inflammatory disease.
Brit J. Obstet Gynecol, Jun 1986, 93:619-24.
- 13.- Hare, M. J.; Taylor-Robinson, D.; Cooper, P.:
Evidence for an association between Chlamydia Trachomatis and cervical intraepithelial neoplasia.
Brit J. Obstetrics Gynecol. Jun 1982, 89:489-92.
- 14.- Gurderian, A.M., MD; Trobough, G.E., MD:
Residues of pelvic inflammatory disease in intrauterine device users; A result of the intrauterine device or Chlamydia Trachomatis infection.
Am. J. Obstet Gynecol. March 1986, 154:497-503.
- 15.- Wolner-Hanssen, P; Westrom, L.; Mardh, P.A.:
Perihepatitis and Chlamydial Salpingitis.
Obstet Gynecol Survey. Lancet 1980, 1:901-44-5.
- 16.- Fuster, C., D, MD; Weinstein, MD:
Vaginal Chlamydia Trachomatis prevalence in Sexually Abused Prepuberal Girl.
Pediatrics, 1987; 79 (2), 235-37.
- 17.- Schuch, R. J., MD; Musich, J. MD; Nelson, R. L., MD:
Chlamydial proctitis unusual presentation as a symptomatic vaginal mass.
Obstet Gynecol. Jan 1984: 63 (1), 132-34.
- 18.- Fernández, P. F.; Sumano, A. E.; Escamilla, A. E.; Hernández "K":
Infección genital por Chlamydia Trachomatis en niñas y adolescentes.
Bol. Med. Hosp. Inf. Mex. Oct 1986, 43 (10):595-98.
- 19.- Taylor-Robinson, D. Thomas, B. J.; Osborn, M. F.
Evaluation of enzyme immunoassay (Chlamydiazyme) for detecting Chlamydia Trachomatis in genital tract specimens.
J. Clin Pathol 1987, 40:194-199.