



11217
89
2ej

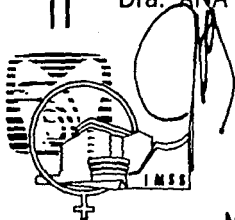
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado
Hospital de Gineco-Obstetricia
"Luis Castelazo Ayala"
I. M. S. S.

"INCIDENCIA DE CLAMIDIASIS EN PACIENTES
CON ESTERILIDAD DE ORIGEN TUBARIO"

TESIS DE POSTGRADO
Que para obtener el Título de
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
p r e s e n t a

Dra. ANA ROSA MENDIOLA VALLADOLID



Asesores: Dr. Antonio García Luna

Dr. Manuel González Dídi

Colaboradores: Dr. José Gorozpe Calvillo

Dra. Judith Téllez Martínez

Dra. Guillermina Corona Verduzco

México, D. F.

1990

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

I N D I C E

-	<i>INTRODUCCION</i>	1
-	<i>HISTORIA</i>	3
-	<i>MICROBIOLOGIA</i>	6
-	<i>EPIDEMIOLOGIA</i>	8
-	<i>PATOLOGIA Y FRECUENCIA</i>	9
-	<i>CUADRO CLINICO</i>	11
-	<i>DIAGNOSTICO DE LABORATORIO</i>	12
-	<i>TRATAMIENTO</i>	14
-	<i>PRESENTACION DEL ESTUDIO</i>	15
-	<i>OBJETIVO</i>	17
-	<i>MATERIAL Y METODOS</i>	19
-	<i>RESULTADOS</i>	20
-	<i>TABLAS Y GRAFICAS</i>	22
-	<i>DISCUSION</i>	28
-	<i>CONCLUSIONES</i>	30
-	<i>BIBLIOGRAFIA</i>	31

INTRODUCCION:

Las enfermedades sexuales siempre han existido, - se conocían anteriormente con el término de "infecciones venéreas". La etiología es variada siendo producidas por: bacterias, protozoarios, hongos, parásitos, virus.

Tiene importancia desde diferentes aspectos como son: su frecuencia, su transmisibilidad, sus secuelas, etc.

Su incidencia y variedad ha tenido modificaciones con respecto a las diferentes épocas, sin embargo, en la actualidad tienen una alta incidencia.

En este trabajo presentamos a *Chlamydia trachomatis* como agente causal en asociación con obstrucción tubaria y/o alteraciones en el oviducto como secuela de la infección de dicho agente.

Desde el principio de siglo se conoce a *Chlamydia trachomatis* como agente causal de enfermedades tales como: - Linfogranuloma venéreo, infecciones genitales, tracoma, conjuntivitis de inclusión, etc.

En Gineco-Obstetricia, por lo tanto es de suma importancia el estudio de este microorganismo, por causar patologías como cervicitis, salpingitis, síndrome unetral femenino y complicaciones como endometritis postparto y postcesárea, embarazo ectópico, esterilidad e infecciones de las parejas de los portadores.

Para la realización de este estudio se incluyeron pacientes con esterilidad de origen tuboperitoneal que acudieron a consulta en el H.G.O. No. 4 y que cumplen los requisitos de inclusión, a las que se les tomó frotis endocervical, tiñiéndose con la técnica de Machiavello y a éstos -- frotis se le estudian sus alteraciones citopáticas, para determinar la incidencia de chlamydia trachomatis en pacientes de nuestro medio con esterilidad de origen tubario.

HISTORIA:

Las infecciones causadas por *chlamydia* y en especial por *chlamydia trachomatis* se encuentran referidas desde hace siglos, así las primeras descripciones de ésta enfermedad se remontan al año 1500 A.C, en el papiro de Ebers donde se menciona una enfermedad ocular causante de cicatrices y que *Disconides* en el año 60 D.C. le denomina "Tracoma"; más tarde estos hallazgos fueron descritos ampliamente por Gale-
no (12,26).

En Europa, desde el tiempo de las cruzadas; hasta la era napoleónica, estos padecimientos proliferaron y se co
nociaron con el nombre de "Oftalmia Militar y Egipcia", más
tande, en 1800 Knonen refiere un tipo de conjuntivitis no go
nocócica en los neonatos que probablemente corresponda a con
juntivitis por *chlamydia*, posteriormente Koch en 1883 efec-
túa el primer estudio sobre la etiología del tracoma (12,23,
26).

En los años 1900 Liodner y col. describen la fre-
cuencia de inclusiones intracitoplásmáticas en algunos casos
de conjuntivitis no gonocócicas en recién nacidos, más tan-
de este hecho fue confirmado por Halbertaedter y Von Proma-
zeck en material obtenido de secreción ocular de individuos
con tracoma.

En el periodo comprendido entre 1909 y 1911 se des-
criben y demuestran convincentemente que el agente productor

del tracoma (blenorreya de inclusión), es transmisible a primates y podía demostrarse mediante estudios citológicos adecuados; concomitante, se observó que algunas alteraciones uretrales (uretritis no gonocócica) mostraban también inclusiones intracitoplásmicas en todo similares a las observadas en el tracoma y que también se podía transmitir esta enfermedad a los primates, así mismo se observó que sus compañeras sexuales, contenían células con inclusiones intracitoplásmicas. Por estas razones empezó a sospechar que algunos padecimientos genitourinarios pudieran ser causados por chlamydia o -- por agentes similares y se postuló la infección venérea con estos agentes (22,26).

Thygeson y col. en 1930, efectuaron estudios epidemiológicos muy acuciosos destacando la transmisión venérea -- por chlamydia y se pudo advertir que mientras en el hombre -- producía uretritis, la mujer habitualmente permanecía -- asintomática.

A partir de 1944 con los estudios de Machiavello, Wall en 1946 y Stewart en 1950, pudieron aislar y reproducir la chlamydia trachomatis en saco vitelino de huevo embrionado de pollo, y en 1959 se pudo aislar el microorganismo de -- uretra y cérvix, además de identificarlo con algunas técnicas tincionales (16.26).

En 1970 Wang y Grayston, describen una técnica de inmunofluorescencia para la identificación de chlamydia y -- fue hasta 1975 en que se conoció por primera vez que chlamy-

dia puede producir otras alteraciones fuera del ámbito oculo
genitourinario describiendo el primer caso de neumonía afe-
bril en un recién nacido producido por chlamydia.

En la década de los ochenta se efectuaron grandes
adelantos técnicos con la aparición de las técnicas de Elisa,
RIA, que han permitido estudios epidemiológicos muy importantes.

MICROBIOLOGÍA:

La chlamydia trachomatis, es el agente causal de conjuntivitis, uretritis en el adulto; e infecciones muy variadas en el neonato en la que se incluye la neumonía.

Fue conocida y clasificada como "virus"; por su capacidad de atravesar filtros cuyo diámetro fuera de 0.4 micras y por ser un genmen intracelular obligado (13,22).

En la actualidad se conoce como bacteria procarionte coco gram -, altamente especializada que pertenece a la familia de las chlamydiaceas, que tiene cuatro serotipos: A, C, D y K, que posee una pared trilaminar con un antígeno glicolipido termoestable que le da especificidad de grupo (12).

Contiene un genoma DNA y RNA con 8×10^5 pares de base de nucleotido, número mucho menor que las bacterias comunes que llegan a tener 10 a 20×10^5 pares de base de nucleotido en su genoma.

Visto con el microscopio electrónico el tamaño es similar al micoplasma y posee información genética para codificar cientos de proteínas, sin embargo, no sintetiza A.T.P. y por ello son parásitos intracelulares obligados, utilizando para ello el ATP, que sintetizan las células parasitadas; por esta razón; es imposible cultivar a chlamydia en medios acelulares (25).

También por esta razón el microorganismo tiene un

ciclo bifásico, de tal manera que muestra una forma extracelular infectante, (no reproductiva y otra intracelular, metabólicamente activa reproductiva).

Al microscopio de luz se reconocen como esferas - intra o extracelulares no pleomórficas de 200 a 400 milimicras que se tiñen pobremente con derivados de las anilinas y se reconocen como pequeños puntos rojos intracelulares con la técnica de Niachiavello y puntilleo púrpura con la técnica de Castañeda.

En el microscopio electrónico el microorganismo es esférico constituido por una porción central electrodensa, una periférica de menor densidad y una membrana limitante externa.

Con inmunofluorescencia y sueros específicos se han identificado por lo menos cuatro serotipos: A, D, D, y K los dos primeros asociados al tracoma y los dos últimos a uretritis y cervicitis.

Las inclusiones intracitoplásmicas de cuerpos elementales, constituyen las alteraciones que pueden ser vistas en frotis vaginales, ya sean teñidas con los métodos de Papanicolaou, Giemsa o inmunofluorescencia y siempre están asociadas al epitelio columnar del endocervix (12,22,25).

EPIDEMIOLOGÍA:

La chlamydia trachomatis está ampliamente difundida en todo el mundo y es más frecuente de lo que se supone, especialmente en regiones tropicales y subtropicales (7).

El único huésped natural conocido hasta el momento es el hombre, la transmisión es directa a través de secreciones, como es el caso de tracoma y la genitourinaria, se han descrito en la literatura transmisión accidental en el laboratorio.

Las enfermedades producidas por chlamydia son endémicas y la forma genitourinaria es actualmente la más frecuente, ataca más al hombre que a la mujer en proporción de 3 a 4 x 1. Es más frecuente en viajeros, marinos, homosexuales masculinos e individuos de bajo nivel socioeconómico.

Los reservorios son hombres y mujeres sintomáticas de donde se ha podido aislar el genmen (9).

PATOLOGÍA Y FRECUENCIA:

La *chlamydia* se ha asociado a numerosos procesos inflamatorios tales como: conjuntivitis, cervicitis, endometritis, salpingitis, bartolinitis, uretritis, peritonitis, - enfermedad inflamatoria pélvica, proctitis, prostatitis, neumonía, endo y miocarditis (22).

En cuanto a la frecuencia de *chlamydia* como causa de enfermedad pélvica crónica, ésta es muy alta, ya que en la población general de Estados Unidos, en 1980, fue del 1%. Causando complicaciones severas como son epididimitis y enfermedad inflamatoria crónica (EPIC): El riesgo de oclusión tubaria después del episodio de EPIC por *chlamydia* es del 13% y aumenta hasta 53% con más de tres episodios de EPIC (14, 15, 20).

La frecuencia de EPIC en Francia es estimada en - 9/1000 mujeres de edad reproductiva, se ha asociado a embarazo ectópico en 4,000 casos por año y 1,200 casos de infertilidad femenina (7).

En Estados Unidos, alrededor de 200,000 a 500,000 mujeres por año son hospitalizadas por EPIC y se estima que un millón de mujeres son tratadas ambulatoriamente (15, 26).

La asociación de esterilidad de origen tuboperitoneal y *chlamydia* es informada en un 40 - 80% (6, 8, 14, 24).

En cuanto a embarazo ectópico y *chlamydia* se ha informado una frecuencia de 55 - 65% (10, 12, 19, 23, 26).

Nonway estudió la asociación de *chlamydia*s y es tenilidad de causa inexplicable encontrándose hasta 40% de pacientes infértiles con seropositividad a *chlamydia* que se embarazan después de tratamiento específico (8,17).

En el programa de fertilización *in vitro* y transferencia de gametos, también se ha encontrado una alta incidencia de *chlamydia*, esto es obvio, ya que si tomamos en cuenta que la indicación de IVF/GIFT es en un 55% enfermedad tubaria idiopática (11).

CUADRO CLINICO:

El germen es adquirido por transmisión sexual generalmente, aunque también, se han informado transmisión por focos o accidente de laboratorio, entra al organismo e inicia su replicación intracelular de las células cilíndricas del endocervix y dependerá de la resistencia del huésped si solo se produce una cervicitis con vaga sintomatología (18), la cual generalmente se hace crónica y denominada inespecífica por no poder aislar al germen causal.

Si la respuesta del huésped lo permite, el germen pasará a endometrio, de donde se puede aislar y cultivar (3, 4), de donde generalmente pasa a salpinges y peritoneo pélvico donde puede permanecer asintomática y ser la mujer solo portadora o dar manifestaciones clínicas, siendo la forma clínica más común, está caracterizada por pocos y leves síntomas lo que permite, que la infección produzca destrucción de tejido e infertilidad (12, 19). Otros cuadros clínicos no tan frecuentes es la EPIC y anexitis, las cuales, generalmente se acompañan de formación de hidrosalpinx, saculaciones, obstrucción y/o adherencias, en casos extraordinariamente puede producir cuadros de abdomen agudo, siendo necesario hacer el diagnóstico diferencial con apendicitis, litiasis renal, etc. (26).

DIAGNOSTICO:

Debido a las características de la *chlamydia* de ser un germen intracelular obligado, no se puede cultivar en medios acelulares, por lo tanto los métodos de diagnóstico son indirectos y variados con diversos grados de sensibilidad y especificidad:

1.- Detección de anticuerpos para *chlamydia* (ELISA).

2.- Detección de antígenos de *chlamydia* utilizando anticuerpos específicos multivalentes o monoclonales. (ELISA, inmunoperoxidasa, inmunofluorescencia, etc.) (2,26).

3.- Cambios morfológicos en células afectadas particularmente en infecciones de vías respiratorias, conjuntivales y cervicovaginales, buscando por lo menos dos de estas alteraciones:

a) Inclusiones citoplásmicas

b) Metaplasia con vacuolización

c) Vacuolación de células cilíndricas (2,26).

4.- Cultivo de *chlamydia* en células coniales humanas (FC10), células endocervicales y células endometriales - (3,22,26).

5.- Tinción de partículas intracitoplásmicas con técnica de Machiavello y Castañeda (1,3).

6.- Detección de antígenos o anticuerpos por radioinmunoanálisis (2,26).

Otros auxiliares, se ha mencionado a la laparoscopia como orientadora y sugestiva, cuando los hallazgos, son hidrosalpinx, inflamación de los oviductos con puntilleo amarillo y formación de adherencias (15). Recientemente Pavonen describió la imagen colposcópica que más frecuentemente se asocia a chlamydia, siendo ésta la cervicitis hipertrófica (18,21).

De todos estos métodos el más específico es el cultivo, pero es poco sensible y el más sensible pero poco específico es la tinción de partículas de chlamydia, hasta la fecha siguen estudiando los diversos métodos de diagnóstico, - con variaciones importantes de un laboratorio a otro en cuanto especificidad y sensibilidad.

TRATAMIENTO:

Tetraciclinas: Es el antibiótico de elección en el tratamiento de chlamydia, con un efecto muy favorable en los casos agudos y valioso adyuvante en los casos crónicos - asociado con sulfacetamida (10,12).

Sulfacetamida: Muestra menos actividad, aunque ha sido menos estudiada, tiene mayor efecto en los casos crónicos.

Enitromicina: Ha sido utilizado por diversos autores los cuales reportan buenos resultados (10,12,26).

Tiamfenicol: Es un antibiótico muy activo contra chlamydia, "in vitro", pero aún no se tiene experiencia clínica; otro antibiótico en vías de experimentación es la ofloxacilina, sin embargo, como el anterior no se tiene experiencia clínica.

Rifampicina: Es otro antibiótico, eficaz, con buena experiencia clínica, pero con el inconveniente de que desarrolla rápida resistencia tanto "in vitro", como "in vivo" - (10).

PRESENTACION DEL ESTUDIO::

Durante los meses de enero a octubre de 1989, se captaron 40 pacientes, con esterilidad de origen tubario demostrado por HSG. o laparoscopia, que cumplieran con los criterios de inclusión y no presentaran ningún criterio de exclusión.

Criterios de exclusión:

- 1.- Cirugía abdominal previa.
- 2.- Plasia tubaria previa u otra cirugía.
- 3.- Endometriosis pélvica, T_b genital o neoplasia ginecológica.
- 4.- Antecedente de peritonitis genital o extragenital.
- 5.- VDRL + ó enfermedades sistémicas que den falsos positivos.

Se les aplicó un cuestionario con los siguientes datos:

- Nombre
- Número de afiliación
- Número telefónico
- Antecedentes gineco-obstétricos
- No. de compañeros sexuales
- Exudado de secreciones genitales
- Papanicolaou

- Histerosalpingografía
- Laparoscopia

Informándoles del estudio que se les iba a realizar, se procedía a colocar a la paciente en posición ginecológica, introduciéndoles un espejo vaginal, limpiando el moco cervical, se procedía a tomar la muestra con un hisopo del conducto endocervical, girando éste, tratando de tomar una muestra suficiente, la cual se colocó en la parte central de la laminilla en forma circular dejándola secar al aire libre.

Cuando se lograron obtener el número de muestras programadas, las laminillas fueron llevadas al Laboratorio de Biología Celular, teñidas con la técnica de Machiavello:

- Método:
- Fijadas con alcohol y calor
 - Teñidas con fúccina al 0.25% x 10 min.
 - Lavadas con agua corriente
 - Colocadas en Ac. cítrico al 0.25% x 20 seg.
 - Lavadas con abundante agua corriente
 - Teñidas con azul de metileno al 0.25% x 5 min.
 - Lavadas con abundante agua corriente
 - Secadas al aire libre
 - Montadas con cubreobjetos, con xilol y resina
 - Interpretadas al microscopio.

Los datos obtenidos, fueron clasificados de las hojas de recolección de datos y procesadas para realizar las tablas.

O B J E T I V O :

CONOCER LA INCIDENCIA DE CHLAMYDIASIS EN PACIENTES
CON ESTERILIDAD DE ORIGEN TUBARIO, QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA "LUIS CASTELAZO AYALA" DEL I.M.S.S.
SIN OTRA PATOLOGIA SISTEMICA O PELVICA AGREGADA.

Criterios de inclusión:

- 1.- Edad de 19 - 38 años
- 2.- Pacientes con esterilidad de origen tubario de mostrado por HSG y/o laparoscopia.
- 3.- Esterilidad de dos años o más de evolución
- 4.- Sin patología sistémica o ginecológica concomitante.

MATERIAL Y METODOS:

Material Humano:

- 1.- Médicos Residentes encargados de la toma de -
muestras endocervicales y de su tinción.
- 2.- Médicos Patólogos con amplia experiencia, que
interpretaron las muestras.
- 3.- Pacientes con esterilidad de origen tubario, -
que cubrían los criterios de selección.

Equipo:

- 1.- Hoja impresa para recolección de datos, con -
las preguntas antes mencionadas.
- 2.- Portaobjetos numerados para las muestras.
- 3.- Colorantes y reactivos, mencionados para la -
tinción de Machiavello.
- 4.- Microscopio.
- 5.- Cubreobjetos, resina y xilol, para montar las
laminillas.
- 6.- Hisopos y abatelenguas, para la toma de la --
muestra.
- 7.- Espejos vaginales y pinzas para la visualiza-
ción del cérvix.

RESULTADOS:

En el grupo de estudio como se explicó en los criterios de inclusión, el rango de edad fue de 19 - 38 años -- con una media de 24 años.

El inicio de vida sexual activa en el grupo fue de los 14 años a los 30, con una media de 18 años.

En cuanto al tipo de esterilidad no hubo diferencia significativa entre si era primaria (60%), ó secundaria (40%).

El número de compañeros sexuales en el grupo de estudio fue de 55% para un compañero sexual, 40% para dos y cinco por ciento para tres compañeros sexuales.

La evolución de la esterilidad, se presentó en un rango de 2 a 12 años con una media de 3 años.

Al analizar todos los datos anteriores, podemos observar que la esterilidad de origen tubario, se presenta en gente joven con inicio de vida sexual temprana, con varios compañeros sexuales y con una evolución variada, por lo que debemos mejorar nuestro estudio y tratamiento en este tipo de esterilidad, ya que sabemos que es una de las más difíciles de tratar y de peor pronóstico.

Respecto a los resultados obtenidos, encontramos un 5% de Papanicolaou sugestible de chlamydia, cabe señalar, que estos fueron interpretados por diferentes patólogos de -

La Unidad y que no se realizó una búsqueda específica de chlamydia en todos los casos. La laparoscopia no fue realizada hasta el momento del estudio por diferentes causas en un 42.5%; y en un 40% la laparoscopia fue practicada, pero no se encontraron datos sugestibles con chlamydia y por último en 17.5% se encontraron datos sugestibles de chlamydia por laparoscopia; cabiendo señalar que tanto, a las de PAP sospechoso para esta patología como a las laparoscopia sugestibles recibieron tratamiento con tetraciclina.

La técnica de Machiavello, presentó una positividad de 10%, lo cual es bajo comparado con la literatura mundial.

Si tomando el criterio del H.G.O. No. 4, el porcentaje de pacientes que recibió o recibirá tratamiento para chlamydia con tetraciclina o algún antibiótico similar será del 45.5%, lo cual está de acuerdo con la literatura mundial.

En cuanto a los hallazgos de HSG, aunque todavía no se han descrito en el caso de la chlamydiasis, alteraciones o hallazgos sugestibles, se encontró al hidrosalpinx en un 37.5%, siendo la relación entre unilateral y bilateral de 3:1, en segundo término se encontró obstrucción conual con 20% predominando la bilateral con una relación 3:1. La obstrucción a otros niveles se presentó en un 20%, predominando también la bilateral, pero con una relación de 2:1. El resto fueron alteraciones morfológicas diversas entre las que se encontraron: trompas filiformes, elongaciones, dilataciones,

que no reunían los requisitos para ser hidrosalpinx, todas -
ellas en conjunto formaron un 17.5%.

TABLA No. 1

Distribución de pacientes estudiadas por grupo de edad

<i>A ñ o s</i>	<i>No.</i>	<i>Por ciento</i>
19	1	2.5
20	1	2.5
21	2	5.0
22	1	2.5
23	1	2.5
24	7	17.5
25	3	7.5
26	2	5.0
27	4	10.0
28	5	12.5
29	2	5.0
30	3	7.5
31	1	2.5
32	2	5.0
33	2	5.0
34	0	0
35	2	5.0
36	0	0
37	0	0
38	1	2.5
	40	100 %

T A B L A N o. 2

Distribución de pacientes por porcentaje de I.V.S.A.
en el grupo de estudio

EDAD	No. Pacientes	Porcentaje
14	1	2.5
15	3	7.5
16	6	15.0
17	4	10.0
18	6	15.0
19	6	15.0
20	0	---
21	3	7.5
22	5	12.5
23	0	---
24	2	5.0
25	1	2.5
26	1	2.5
27	1	2.5
28	0	---
29	0	---
30	1	2.5
.	40	100 %

TABLA No. 3

Porcentaje de pacientes por tipos de esterilidad
estudiados

Tipo de Esterilidad	No.	Porcentaje
Primaria	24	60
Secundaria	16	40
	40	100 %

TABLA No. 4

Número de compañeros sexuales de las
pacientes estudiadas

No. Compañeros	No. Pacientes	Porcentaje
Uno	22	55
Dos	16	40
Tres	2	5
	40	100 %

T A B L A No. 5

Distribución en porcentaje de la evolución de la esterilidad en las pacientes estudiadas

Esterilidad (Años)	No. Pacientes	Porcentaje
2	11	27.5
3	9	22.5
4	2	5.0
5	7	17.5
6	5	12.5
7	0	-
8	1	2.5
9	1	2.5
10	0	-
11	3	7.5
12	1	2.5
	<u>40</u>	<u>100 %</u>

T A B L A No. 6

Resultados de Papanicolaou en el grupo de estudio

Resultado	No. Pacientes	Porcentaje
Clase I	8	20
Clase II	30	75
Sugestible a Chlamydia	2	5
	<u>40</u>	<u>100 %</u>

T A B L A No. 7

Resultados de Laparoscopia en el
grupo de estudio

Resultado	No. Pacientes	Porcentaje
No realizada	17	42.5
Negativa para <i>Chlamydia</i>	16	40
Sugestible para <i>Chlamydia</i>	7	17.5
	<u>40</u>	<u>100 %</u>

T A B L A No. 8

Hallazgos radiográficos en las pacientes con
esterilidad de origen tubario

H a l l a z g o s	No. Pacientes	Porcentaje
Hidrosalpinx unilateral	11	27.5
Hidrosalpinx bilateral	4	10.0
Oclusión conual unilateral	2	5.0
Oclusión conual bilateral	6	15.0
Oclusión a otro nivel unilateral	3	7.5
Oclusión a otro nivel bilateral	5	12.5
Otras alteraciones morfológicas	7	17.5
	<u>38</u>	<u>95 %</u>

T A B L A No. 9

Resultados de la técnica de Machiavello
en el grupo de estudio

Resultado	No. Pacientes	Porcentaje
Positiva	4	10
Negativa	36	90
	<hr/> 40	<hr/> 100 %

DISCUSION :

A pesar de ser muy antiguo el conocimiento de *Chlamydia*, en los últimos años se le ha dado una gran importancia debido al conocimiento de las secuelas, sobre todo en el aspecto de la fertilidad.

Por lo que las investigaciones actuales, van encaminadas a encontrar un método diagnóstico de sensibilidad, especificidad casi al 100%, a un costo accesible a todos.

Tratando de que éste método sea lo menos invasivo, barato y práctico.

En un estudio realizado ya en nuestro medio, en pacientes embarazadas del 3er. trimestre y sus recién nacidos, se encontró una incidencia de 2.5% con técnica de Giemsa y - por *Mycotrak* del 7.6%, lo cual se acerca a lo reportado en la literatura mundial. En nuestro estudio se encontró una incidencia del 10%, pero al tratarse de otro grupo de pacientes la incidencia es baja, ya que en la literatura mundial reportan una incidencia del 40-80%.

En nuestro medio realmente hay pocos estudios que hayan determinado la frecuencia de *Chlamydia*, en relación a varias patologías en que se le ha involucrado ser el agente etiológico. Una de las razones de esto es que el método diagnóstico que tiene mejor sensibilidad y especificidad es la determinación de anticuerpos séricos contra *Chlamydia*, pero su costo y poca disponibilidad hacen que el Médico, no --

trate de comprobar la etiología del padecimiento, sino que -- sólo la sospecha de este agente lo induce a dar tratamientos hasta cierto punto empírico.

En nuestro medio se encontró que se seguía esta -- conducta en los siguientes casos:

- 1.- Cervicitis crónica inespecífica.
- 2.- Cuadros de anxitia recurrentes
- 3.- PAP con lesiones sugestivas
- 4.- Hallazgos laparoscópicos

Todo lo anterior dificultó la selección de pacientes para nuestro estudio.

CONCLUSIONES:

- En México no se conoce con certeza la incidencia de chlamydiasis.
- El tratamiento ante sugestibilidad de chlamydiasis limita su diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
- La presente tesis muestra, que las alteraciones citopatológicas en la chlamydiasis es de los métodos más sensibles pero poco específicos.
- En nuestro medio se siguen realizando estudios de investigación para el diagnóstico de chlamydia, para tener más apoyo en los estudios que se usan actualmente como diagnóstico de chlamydia.
- La esterilidad de origen tubario, es frecuente en nuestro medio, por lo que es necesario conocer las causas, que la propician para dar tratamiento oportuno y evitar secuelas.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Adelhamid, Sekki M.D. Alain: What can be expected from the cytologic smear for the diagnosis of chlamydia trachomatis infections. *Acta Cytologica* Vol 32 No. 6, -- Nov - Dec 1988, pag: 805-10.
- 2.- A Hossain, et al: Serologic diagnosis of chlamydia trachomatis infection. *Int J Gynecol Obstet* Vol 27, No. 3, Dic 1988 pag: 377-88.
- 3.- Amontegui Antonio; J. Meyer Michael P.A.: Nonculture - test for identification of chlamydia trachomatis. *The Journal of Reproductive Med* Vol. 30 No. 3, Suppl March 1985, pag: 279-83.
- 4.- Arthur S. Maslow, Maj M.C.: Estrogen enhances attachment of chlamydia trachomatis to human endometrial epithelial cells in vitro. *Am Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Vol 159, No. 4 Oct 1988 pag: 1006-9.
- 5.- Asch y Acosta: Avances en reproducción humana. "La Laparoscopia como método diagnóstico y tratamiento". Ed. - Panamericana 1988 pag: 69-71
- 6.- Donald E. Moore; H. Jondis; M. Foy: Increased frequency of serum antibodies to chlamydia trachomatis in infertility due to distal tubal disease. *Lancet* Vol 2, - 1982 pag: 574.
- 7.- Fausto Muñoz Barboza: Estado Actual de las infecciones venéreas. *Monografías de Ginecología y Obstetricia* -- AMERGOUC 1973-74 pag:259-77
- 8.- G. Amestad, O. Lunde, M. Mound nd K. Dalaken: Infertility and chlamydial infection. *Infertility and Sterility* Vol 48, No. 5 Nov. 1987 pag:787-94.

- 9.- Giuseppe Giacomino, Danielli Giuseppina, Bianchi Moneti: Detection of sexually transmitted diseases by urethral cytology the ignored male counter part of cervical cytologic. *Acta Citologica* No. 33 Jan-Feb. 1988 -- pag: 325-53.
- 10.- Goodman and Gilman: *Bases farmacológicas de la terapéutica*. Ed. Panamericana. 7a. ed. pag:1160-9.
- 11.- Hagh W, Torode; Penny A. Wheeler: The role of chlamydial antibodies in an in vitro fertilization program. *Fertility and Sterility* Vol 48, No. 6 Dic 1987 pag: -- 635-38.
- 12.- Oniel J.D.; G.L. Ridgway: *Infecciones genitales causadas por chlamydia trachomatis*. Pfizer. Ed. Científica P.L.M. México D.F. 1985.
- 13.- J.D. Paavonnen, P. Saikku, E: Infertility and cervical chlamydia trachomatis infections. *Acta Obstetrica and Gynecol Scand*. Vol 58, 1979 pag:301-3
- 14.- J. Lennox Kane; Ralph M. Woodland: Evidence of chlamydial infections in infertile women with and without fallopian tube obstruction. *Fertility and Sterility* Vol 42 No. 6, Dec 1984 pag:843-48.
- 15.- J.M. Van Vught; C.J. Ruissen: The prevention of sexually transmitted diseases which affect fertility methodological problems and initial results. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* Vol 27 No. 2, 1988 pag:157-64.
16. John W Sellons; James B. Mahony et al: Tubal factor in fertility and association with prior chlamydia infection and asymptomatic salpingitis. *Fertility and Sterility* Vol 49, No. 3 March 1988 pag:451-57.

- 17.- L. Feedele; B. Acala, O. Ricavaniello: Recovery of *Chlamydia trachomatis* from endometrio of woman with unexplained infertility. *The Journal of Reproductive Medicine of Obstetrician and Gynecologist* Vol 34, No. 6 Jun 1989 pag: 393-96.
- 18.- Luther E. Lidner M.D.: Clinical characteristics of women with chlamydial cervicitis. *The Journal of Reproductive Medicine*. Vol 33 No. 8 Aug 1988, pag:685-90.
- 19.- Mark D, Walters M.D. Carlton: Antibodies to *Chlamydia trachomatis* and risk for tubal pregnancy. *Am Journal of Obstetrics and Gynecology* Vol 159 No. 4 Oct 1988 pag: - 942-46.
- 20.- Othon Lalo: Risk factor for tubal infertility among -- fertile women. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* Vol 29 No. 2 Oct. 1988 pag: 129-36
- 21.- Pavonnen J; J. Stevens E. E. and Wolner Hansen R.: Colposcopic manifestation of cervical and vaginal infection *Obst Gynecol Sunc* Vol 43 No. 7 Julio 1988, pag: - 373-81.
22. Philip J. Rettina; Infecciones perinatales por *Chlamydia trachomatis*. *Clinicas de Norteamérica de Perinatología*. Tomo 11-III, 1988 pag: 325-353.
- 23.- Svensson L; Mandh P; Ahlgren M.; Nonden, Khold F.: Ectopic pregnancy and antibodies to *Chlamydia trachomatis*. *Fertil and Steril* Vol 44 No. 3 Sep 1985 pag:313-17.
24. T.R.Moss et al: Chlamydial infection in infertile women. *Fertility and Sterility* Vol 44 No. 4 Oct 1985 -- pag:559-63.
- 25.- Vivienne Rahm; Hakan Gnanpe: *Chlamydia trachomatis* among sexually active teenage girl. Lack of correlation between chlamydial infection; history of the patient and

clinical signs of infections. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* Vol 95 No. 4 Sep 1988 pag:916-19.

- 26.- *William Victoria: Prevalencia de La chlamydia trachomatis en Las pacientes obstétricas y sus hijos recién nacidos en el HGO. No. 4. Tesis de Postgrado 1988.*