



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL "DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO"
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

*AGENTES CAUSALES MAS FRECUENTES EN
CERVICOVAGINITIS RESISTENTES A TRATA-
MIENTO QUE ACUDEN POR PRIMERA VEZ A
LA CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE
GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENE-
RAL "DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO"*

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE:
GINECO - OBSTETRA
P R E S E N T A :
DR. ADAN GONZALEZ SANTANA

ASESOR: DR. ALBERTO CHAVEZ MERLOS
TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO DE
GINECO-OBSTETRICIA ISSSTE



ISSSTE

MEXICO, D. F.

1995



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 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.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: GONZALEZ SANTANA ADAN

FECHA: 4/Julio/08

FIRMA: 

*A Dios: Por mantener en Armonia y Salud
a mis Familiares*

A mis Padres:

*Gabriel y Sofía por haberme dado
la vida y alentarme día a día en
buscar de la verdad y a ser justo en
la vida*

A mis hermanos:

*Lidia, Raúl, José Gabriel, Alejandro,
Jorge, Efrén, Adriana y Edith
Porque también es una manera de
decirles que los quiero*

*A mis Familiares, presentes y
ausentes*

*A mis maestros: Por las enseñanzas
recibidas por su ejemplo a seguir y
por inculcarme el Amor al enfermo*

*A Bibi Por alentarme en los
momentos difíciles y por ser
un motivo de superación*

DR. JORGE HUGO CISNEROS LUGO.

COORDINADOR DE SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETICIA.

--- o ---

DR. RAUL RODRÍGUEZ LÓPEZ

COORDINADOR DE ENSEÑANZA DE GINECOLOGIA Y OBSTETICIA.

--- o ---

DR. JOSÉ LUIS FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

--- o ---

DR. ALBERTO CHAVEZ MERLOS

TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

--- o ---

DR. ALBERTO CHAVEZ MERLOS

ASESOR DE TESIS

--- o ---

DR. SIGFRIDO GERARDO HUERTA ALVARADO



ASESOR DE METODOLOGIA Y CONTENIDO.

INDICE.

	PAG.
I. RESUMEN	1
II. GENERALIDADES	2
III. ANTECEDENTES HISTORICOS	3
IV. MATERIAL Y METODO	5
V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
VI. OBJETIVOS	5
VII. JUSTIFICACION	5
VIII. HIPOTESIS	6
IX. DISEÑO	6
X. CRITERIOS DE INCLUSION	6
XI. CRITERIOS DE EXCLUSION	6
XII. RESULTADOS	7
XIII. CONCLUSIONES	8
XIV. DISCUSION	9
XV. GRAFICAS	10-13
XVI. BIBLIOGRAFIA	14

RESUMEN

Los cambios en la vida social de la población han condicionado el inicio de una actividad sexual desde etapas más tempranas así como mayor número de compañeros sexuales, situación que ha originado un incremento en la frecuencia de enfermedades de transmisión sexual.

El objetivo del estudio fue describir las causas que originan resistencia al tratamiento en las pacientes que cursan con cervicovaginitis provenientes de su unidad de medicina familiar, en el periodo de estudio se seleccionaron treinta pacientes, las cuales tenían un promedio de 31.6 años encontrándose que las menores de treinta años presentaron una R.M.P. de 1.71 %, el 96.6 % de las pacientes tuvieron relaciones sexuales con solo un compañero, el método de planificación familiar más usado fue hormonales orales e inyectables con 43.3 %, seguidos del DIU con 33.3 %, con R.M.P. para las usuarias del DIU con 3.78 %. El signo clínico que se presentó con más frecuencia fue la leucorrea blanquecina con 63.3 %, todas las pacientes habían recibido más de un tratamiento sin presentar mejoría, así como ausencia de tratamiento en su pareja, la variable número de embarazos se identificó una R.M.P. de 1.45 % para las mujeres que tuvieron más de 3 embarazos, y finalmente en el número de partos se encontró que la R.M.P. fue de 2.70 % para las mujeres que tuvieron más de tres partos. La patología más frecuente fue la cervicovaginitis. Los patógenos que se encontraron fueron *Nisseria* sp, *Chlamydia trachomatis*, *staphylococcus*, *citobacter* y así como leucocitos y bacilos, estos últimos correspondientes a flora vaginal normal.

GENERALIDADES

Como resultado de la infección de la mucosa vaginal o del cuello uterino, se puede producir descarga vaginal con signos o síntomas de otra clase o sin ellos, como olor fétido, hemorragia anormal o prurito. Los agentes infecciosos productores de la vaginitis son distintos a los que producen cervicitis.

Por tanto las consideraciones terapéuticas de estos dos tipos de infecciones requieren en primer lugar que se localice el sitio afectado y, a continuación se identifique el patógeno aunque desde luego, los factores como características de la descarga y antecedentes de la actividad sexual afectaran el diagnóstico diferencial, no se necesitara algo más, salvo la exploración física concienzuda complementada con pruebas adecuadas de laboratorio y cultivos para establecer el diagnóstico preciso. (1).

Es importante recordar que la secreción vaginal normal, es una mezcla de la procedente del cuerpo uterino y el cervix. La secreción del cuerpo uterino es escasa y acuosa en la primera fase del ciclo sexual, abundante y espesa en la segunda fase. La secreción del cervix es en la primera fase del ciclo sexual abundante, fluida y filante para luego transformarse en escasa, espesa y poco filante en la segunda fase. La secreción vaginal es simplemente un trasudado del plasma procedente de los vasos, mezclado con epitelio vaginal descamado, lo que es más acentuado en la segunda fase del ciclo sexual, la secreción cervicovaginal normal es una mezcla de lo citado, es ácida debido al ácido láctico producido por los bacilos de Doderlein a partir del glucógeno de las células intermedias del epitelio vaginal. El ph de esta secreción cervicovaginal cambia con la edad, de tal manera que en la recién nacida es de 5.7 al cuarto día de nacimiento aparece el bacilo de Doderlein y el ph se acidifica a 4.8 para luego experimentar

al octavo día un aumento hacia la neutralidad, que persiste hasta el comienzo de la pubertad, tras el periodo de la menarca el ph se encuentra entre 4 y 5, encontrándose los valores mas bajos en la ovulación y premenstrualmente. Durante el embarazo el ph es de 3.8 a 4, y en la mujer menopausica pueden darse valores neutrales o alcalinos. Es importante conocer la acidez por medio del ph en diferentes edades biológicas ya que constituye una defensa natural contra organismos patogenos.

El conocimiento de la relación de la flora genital propia con la extraña depende de como los factores permiten o limitan la colonización de estas vías. La flora genital normal puede describirse como un grupo característico de organismos variados que habitualmente se encuentran en algún nivel del tracto cervicovaginal. Así a nivel de vagina y cervix se han aislado lactobacilos, se identifican cocos gram negativos y gram positivos, Catalasa positivos. Pero no se ha encontrado a *C. trachomatis* por lo que su presencia indicara enfermedad. (8,10,14,22,28,30).

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La investigación de este grupo de microorganismos denominados Chlamydias, se inicio en la primera década del siglo (1907), por Albertstaedter y Vonprowezeke, los cuales encontraron inclusiones citoplasmáticas muy características en las conjuntivas de pacientes con tracoma, dichas inclusiones también las detectaron en un tipo de oftalmia neonatorum, asociadas a padres que tenían como antecedentes uretritis o cervicitis. (13,15,23,29,34).

Bedson, Western y Simpson, señalan que la Chlamydia permanece en el tracto genital como reservorio. Lo cual fue descartado posteriormente en 1930, la Chlamydia fue catalogada como el agente causal de la psitacosis, de la ornitosis y el

linfogramuloma venéreo. (15,23,29,39).

Gordon, logra aislar la en cultivo de tejido en 1975 y Schaster Et en 1967. reporta la relación entre cervicitis y enfermedad pélvica inflamatoria. Lumicao y Haggie en 1979 realizaron el diagnostico de Chlamydia tanto por cultivo de tejidos como por estudios bacteriológicos de la secreción vaginal mediante la tincion de Giemsa, por papanicolao observándose los grandes cuerpos de inclusión intracitoplasmaticos en la células epiteliales infectadas. (3,3,15,26,29,39).

Existen múltiples serotipos de Chlamydia, pero de estos solo en ocho se ha comprobado su capacidad patógena en el tracto genital.

Los estudios actuales de investigación diagnostica, tanto par el aislamiento del microorganismo en las secreciones genitales como la detección de anticuerpos locales y sericos origina dificultad debido a la modulación de la susceptibilidad celular a la infección por Chlamydia. (2,29).

Asi mismo existe dificultad de la prueba de inmunofluorescencia a un solo antígeno (L2), que nos da información sobre infección pasada o presente por Chlamydia.

Actualmente se han identificado ocho serotipos que pueden afectar el tracto genital y. la titulación de anticuerpos se ha realizado con un solo serotipo (L2), y que no corresponde a los serotipos de la entidad que nos ocupa, aunque pueden tener reacción cruzada, es decir la relación de estos patrones antigenicos son análogos a los de los virus de la influenza. (14,15,22,23,25,26,29,34,35).

MATERIAL Y MÉTODO

Es un estudio observacional, transversal, prospectivo, no aleatorio. De la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del hospital General Dr. Dario Fernandez Fierro (ISSSTE), se estudiaron 30 pacientes ginecológicas provenientes de su unidad de medicina familiar con el diagnóstico de cervicovaginitis resistente a tratamiento. (periodo del 12 de agosto al 2 de octubre de 1993).

En el servicio se les realizó historia clínica completa y exploración física, posteriormente contestaron un cuestionario del cual se obtuvo la fuente de datos que se utilizó en esta investigación (ANEXO). Se solicitaron exámenes de laboratorio de rutina así como cultivo, frotis, examen en fresco y Chlamydia por inmunofluorescencia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuales son los agentes etiologicos que se presentan con mas frecuencia en las pacientes con cervicovaginitis resistentes al tratamiento.

OBJETIVO.

Describir las causas que originan resistencia a tratamiento en las pacientes que cursan con cervicovaginitis.

JUSTIFICACIÓN

Los cambios en la vida social de la población han condicionado el inicio de una actividad sexual en etapas mas tempranas de la vida así como un mayor numero de compañeros sexuales. situación que se ha relacionado directamente con un incremento de padecimientos infectocontagiosos. Una de los patologías mas frecuentes es la cervicovaginitis con resistencia a

tratamiento, por lo que se considera importante elaborar un protocolo de investigación para identificar los agentes etiologicos mas frecuentes en la cervicovaginitis en pacientes que acuden a la consulta externa del servicio de ginecología y Obstetricia del Hospital General Dr. Dario Fernández Fierro.

HIPÓTESIS

La *C. Trachomatis* es uno de los agentes etiologicos mas frecuentes que se presenta en la cervicovaginitis resistente a tratamiento.

DISEÑO

De la consulta externa de Ginecología Y Obstetricia del Hospital General Dr. Dario Fernández Fierro se estudiaron 30 pacientes ginecológicas provenientes de su unidad de medicina familiar con el diagnostico de cervicovaginitis resistente a tratamiento.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- 1º Pacientes con cervicovaginitis.
- 2º Haber recibido tratamiento sin presentar mejoría clínica.
- 3º No haber recibido tratamiento la pareja.
- 4º No haberse hecho el diagnostico por colposcopia.
- 5º Papanicolao negativo II con proceso infeccioso.
- 6º Que acudan a la consulta con regularidad y que deseen cooperar.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- 1º haber recibido el diagnostico por colposcopia.
- 2º Papanicolao normal.
- 3º Padecer enfermedades concomitantes.
- 4º No acudir de manera regular.

RESULTADOS

Se aplicaron un total de 30 cuestionarios en pacientes con el diagnóstico de cervicovaginitis, las cuales formaron parte del estudio de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, la edad de las pacientes fue de 20 a 40 años con un promedio de 31.6 años, el grupo etario en el que se presentaron mas casos fue en el de 29 a 31 años, encontrándose que las pacientes menores de 30 años tuvieron una R.M.P. de 1.71. (GRÁFICA 1).

El número de parejas sexuales en la mayoría de las pacientes fue de 1 (96.6 % n=29), solo una paciente refirió mas de una pareja sexual (3.34 %).

El método de planificación familiar mas usado fue hormonales orales e inyectables (43.33 % n=13), seguido del DIU en 10 pacientes que corresponden al 33.3 %. ninguna paciente con OTB, el calculo de R.M.P. para las usuarias de DIU fue de 3.78 %. el signo clínico que se presento con mas frecuencia fue la leucorrea (n=30, 100 %), de color blanca en 19 casos 63.33 %, amarilla con 11 casos con un total de 36.67 %, obteniendo un R.M.P. de 1.41 %, todas las pacientes habían recibido mas de un tratamiento sin presentar mejoría.

La variable número de embarazos se identifico una R.M.P. de 1.45 % para las mujeres que tuvieron mas de tres embarazos, y finalmente en el número de partos se encontró que la R.M.P. fue de 2.70 % también para las mujeres que tuvieron mas de tres partos.

CONCLUSIONES

1.- La cervicovaginitis ha sido asociada a diferentes factores de riesgo, los encontrados en las pacientes estudiadas fueron el uso de anticonceptivos orales, el cual es controvertido (42-44), el dispositivo intrauterino asociado a enfermedad

oélvica inflamatoria y por lo tanto etiología infecciosa, llegando a relacionar a la cervicitis por Chlamydia de un 10 a 30 % (44).

2.- El número de compañeros sexuales no tuvo relación con la cervicovaginitis, pues la mayoría de las pacientes (96.6 %) solo tuvieron un compañero sexual, algunos autores mencionan que la promiscuidad sexual, mayor número de compañeros sexuales e inicio de vida sexual a tempranas edades predisponen a enfermedades de transmisión sexual, lo cual no se observó en el grupo estudiado (4,6,7,11,16,31,38).

3.- El signo clínico que se presentó con mayor frecuencia fue la leucorrea con un 100%, dicho signo se ha reportado en la literatura con un 70 % (7,8,16,18,31,38,41).

4.- El agente etiológico que se presentó en el menor de los casos fue Chlamydia con 23.37 %.

5.- Todas las pacientes recibieron más de un tratamiento sin presentar mejoría.

DISCUSIÓN

De los microorganismos denominados Chlamydias, el único que se le ha encontrado con capacidad patogénica en el tracto genital es la Chlamydia trachomatis (9,11,16,18,21,26,29,36), el cual es un microorganismo que pertenece a la familia Chlamydiaceae y que origina en el hombre las enfermedades siguientes: Psitacosis, Linfogranuloma, tracoma, conjuntivitis de inclusión y blenorrea de inclusión.

Estos microorganismos representan un paso más adelante que las rickettsias en el camino de las bacterias hacia los virus, se reproducen por fisión binaria, contienen simultáneamente DNA y RNA, y que son susceptibles a sulfonamidas y antibióticos.

Los microorganismos individuales son los cuerpos elementales, los cuales forman colonias en el citoplasma de las células huésped que son los cuerpos de inclusión, cuyo tamaño varía de 2 a 12 micras. Estos cuerpos de inclusión son basófilos a diferencia de aquellos de los virus verdaderos que son eosinófilos (12,29,39,40), existen 8 serotipos para Chlamydia que pueden afectar el tracto genital y son D,E,F,G,H,I,J,K. y actualmente la titulación de anticuerpos se ha realizado con un solo serotipo que es L2. (15,19,22,23,25,26,29,34,35,39,40).

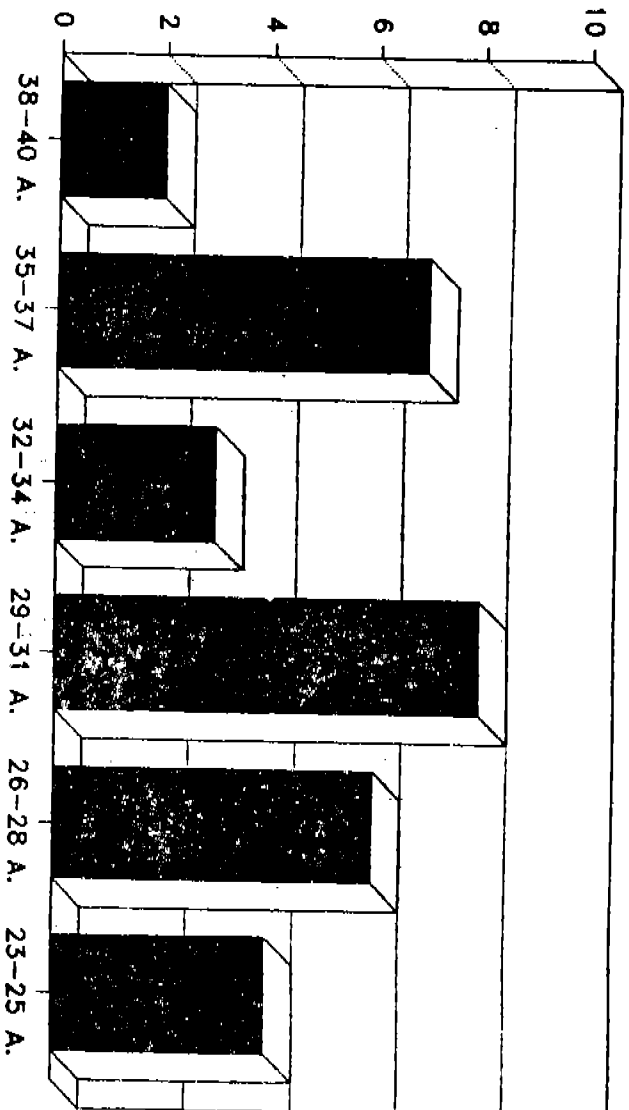
Las cervicovaginitis donde se ha logrado aislar Chlamydia se considera que su forma de transmisión es a través del contacto sexual (6,29,32,39,42).

En estados Unidos, la enfermedad venérea más frecuente en los últimos cinco años es la uretritis no gonocócica (1,6,15,29,30,31,32,38), lo que origino que se descubriera la Chlamydia trachomatis como la causa más frecuente del trastorno, lo que ha traído como consecuencia que el 70 % de las compañeras sexuales de varones afectados por Chlamydia, se ha comprobado que puede existir en forma latente, lo que puede originar una vía ascendente y provocar una salpingitis o una enfermedad pélvica inflamatoria.

En este estudio observamos que la Chlamydia trachomatis se presenta en el menor de los casos como germen causante de cervicovaginitis resistente a tratamiento.

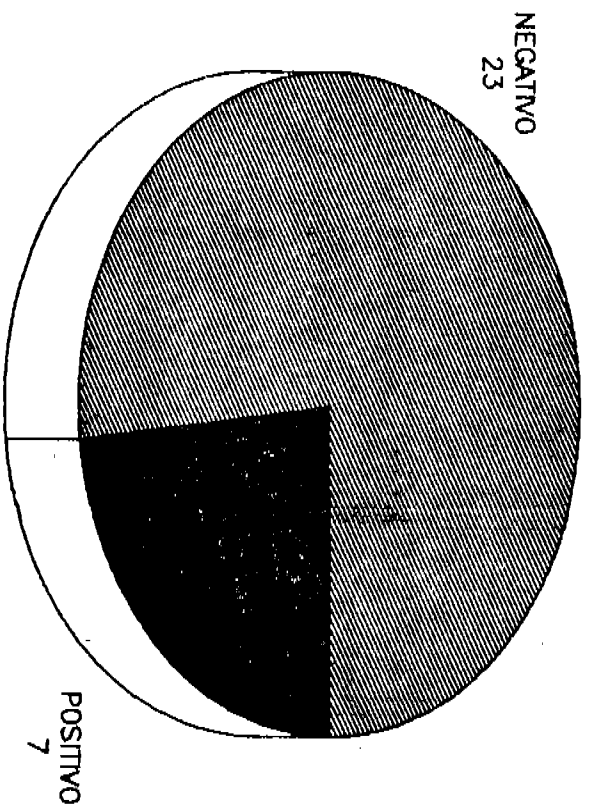
Se ha reportado que es más frecuente la presencia de gonococos y Chlamydia en mujeres que presentan cervicitis y vaginitis que en aquellas sin pedologías cervical (12,22,29,42), en el presente estudio observamos que las pacientes con Chlamydiae positivas son siete y que corresponden al 23.33 %, no tenían un cuadro clínico específico e incluso se referían casi asintomáticas con solo discreta descarga vaginal (15,27,29,33,43).

DISTRIBUCION ETAREA DE LAS PACIENTES
CON CERVICOVAGINITIS RESISTENTE A TX.
DE LA CONSULTA EXTERNA 1995 (n= 30 PAC)



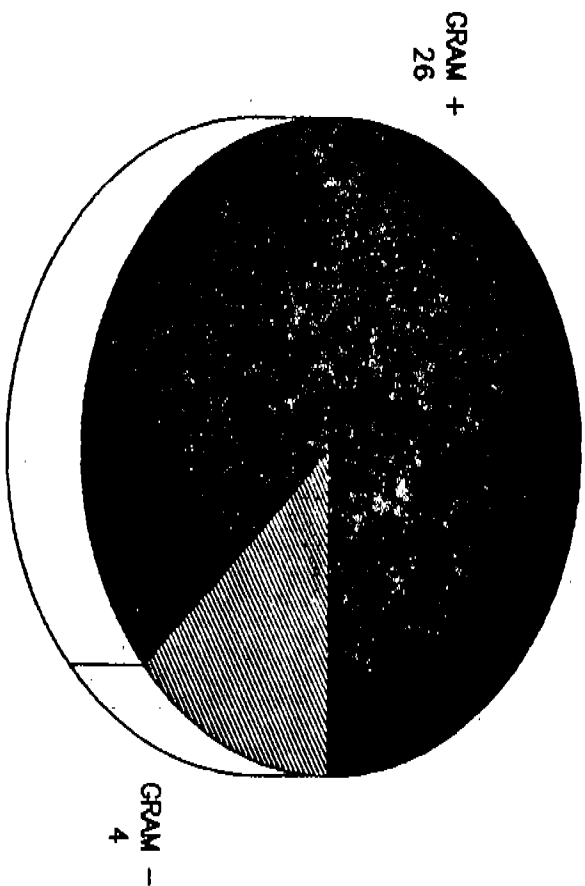
GINECO-OBSTETRICIA
HOSP. GRAL. "DR. DARIO FDEZ. FIERRO"

DETERMINACION DE CLAMIDIA TRACHOMATIS
DE LAS PACIENTES CON CERVICO-VAGINITIS
RESISTENTE A TRATAMIENTO.



GINECO-OBSTETRICIA
HOSP. GRAL. "DR. DARIO FDEZ. FERRO"

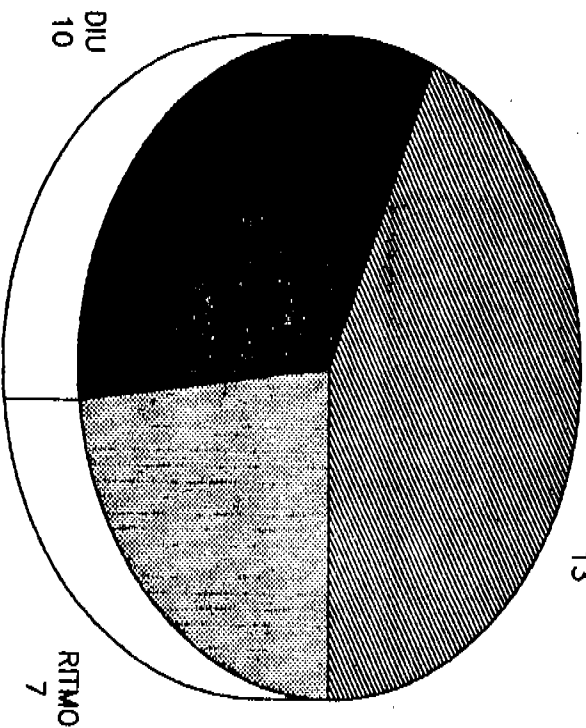
EXAMEN EN FRESCO DE SECRECION CERVICO-VAGINAL DE LAS PACIENTES DE LA CONS. EXT. 1995 (n= 30 PAC)



GINECO-OBSTETRICIA
HOSP. GRAL. "DR. DARRO FDEZ. FIERRO"

METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR ENTRE LAS PACIENTES CON CERVICO-VAGINITIS RESISTENTE A TRATAMIENTO.

H. ORALES E INY.
13



GINECO-OBSTETRICIA
HOSP. GRAL. "DR. DAURO FDEZ. FIERRO"

QUESTIONARIO

1) NOMBRE: _____

2) EDAD: _____

3) ESTADO CIVIL: _____

4) EMBARAZOS: _____

5) METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR:

a) DIU _____

b) RITMO _____

c) HORMONALES ORALES
E INYECTABLES _____

d) OTB _____

6) NUMERO DE COMPANEROS SEXUALES:

a) UNO _____

b) MAS DE UNO _____

7) TRATAMIENTO A LA PAREJA:

a) SI _____

b) NO _____

8) LEUCORREA:

a) BLANCA _____

b) AMARILLA _____

c) VERDE _____

BIBLIOGRAFÍA

12. Alani, M.D. Darougar, D.C. Isolation of Chlamydia Trachomatis from the male urethra. Br. J. of Vener Dis. 53:88 - 92, 1977.
22. Allan, I. & Pearce, J. H. Modulation by Centrifugation of Cell Susceptibility to Chlamydia Infection. J. Gen Microb. III:87 - 92, 1979.
32. Carr, M.C. Hanna, L. Chlamydiae, cervicitis, and Abnormal Papanicolaou Smears. Obst. Gynec. 53:27 - 30, 1978.
42. Davies, J.A., Rees, d., Hobson, D. Isolation of C.C. trachomatis from Bartholin's ducts. Br.J. Vener Dis 54:409 - 13, 1978.
52. Dunlop, E.M.C., Hare, M.J. Detection of Chlamydia (Bedsonia) in Certain Infections of Genital Tract, Eye, Tectum, and Other sites of Chlamydia. J. Infect. Dis. 120:463 - 70, 1969.
62. Dunlop, E.M.C., Darougar, S. Epidemiology of Infection by serotypes D. to K of Chlamydia trachomatis. Br. J. vener Dis. 56:163 - 8, 1980.
72. Eschenbach, David. A. Enfermedad inflamatoria pelvica aguda : etiología, factores de riesgo y patogenia Clin. Obst. Ginec. 19:143 - 68, 1976..
82. Galask, R.P., Laersen, B. Flora vaginal y su participacion en enfermedad. Clin. Obst. Gynec. 19:61 - 80, March, 1976.
92. Gharidian, F.D. Robson, H.G. Chlamydia trachomatis genital infection. Br. J. Vener Dis. 55:515 - 18, 1979.
102. Gordon, F.B. Harper, I.A. Detection of Chlamydia (Bedsonia) in Certain infections of Man. I. Laboratory Procedures: Comparison of yolk Sac and Cell Culture for Detection and Isolation. J. Infection. Dis. 120:451 - 461, 1969.
112. Hamark, B., Brorsson, J.E. Salpingitis and Chlamydiae Subgroup A. Acta Obst. & Gynec. Scand. 55:377 - 78, 1976.
122. Hobson, D., Karayiannis, P. quantitative Aspects of

- Chlamydial infection of the cervix. Br. J. Venes Dis. 56:136 - 62, 1980.
132. Johannisson, G., Gun - Britt, MD. Genital Chlamydia Trachomatis infection in Women. Am. J. Obst. & Gynec. col. 56:671 - 75, 1980.
 142. Kistner, R.W. Tratado de Ginecología. 1ª ed. Toray, S.A. Impto-Barcelona Pag. 75-80, 82-85, 1974.
 152. Lumicao, G.C., Heggie, A.D. infecciones por Chlamydia. Clin. ped. de nort. Am. 2:269 - 81, 1979.
 162. Mardh , P.A., Lind. I. Prevalence of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae Infections in Greenland. Br. J. Vener Dis. 56:327 - 31, 1980.
 172. Mardh Et. Al. Chlamydia trachomatis and Acute Salpingitis. N. Engl. J. med. 296:1377 -79, 1977.
 182. McComb, D.E., Nichols, R.L. Chlamydia trachomatis in Women : antibody in Cervical Secretions as a possible indicator of genital infection. J. infect. Dis. 139:628 - 32, 1979.
 192. McCormack, Et. Al. Following Study of fifteen infect. Women by C. trachomatis. New Engl. J. med. 300:123 - 25, 1979.
 202. Muller-Schoop, J.W. Wang, B.P. chlamydia trachomatis as possible cause of peritonitis and perihepatitis in young women. Br med.J. 1:1022 - 24, 1978.
 212. Oriel, J.D. Treatment of Chlamydia trachomatis infections. Lancet. 1:192 -3, 1978.
 222. Oriel, J.D. Johnson, A.L. Infection of the uterine Cervix with Chlamydia trachomatis. J. Infect. Dis. 137:443 - 51, 1978.
 232. Paavonen, J., Saik. P. Genital Chlamydia infections in patients attending a gynaecological out patient clinic. Br. J. Vener Dis. 54:257 - 61, 1978.
 242. Paavonen, J., Vesterinen, MD. E. Genital Chlamydia trachomatis Infections in patients with Cervical Atypia. Obst. & Gynec 54:289 - 91, 1979.
 252. Punnonen, MD, Terho, M.D. Chlamydial serology in Infertile Women By immunofluorescence. Fert. & Steril.

- 31:656 -59, 1979.
269. Reeve, P., Owen, J. Laboratory procedures for the isolation of chlamydia trachomatis from the human genital tract. *J. clin. Path.* 28:910 -14, 1975.
 272. Ridway and Oriel, J.D. Interrelationship of chlamydia trachomatis and other pathogens in the female genital tract. *J. clin. Path.* 30:933 - 36, 1977.
 289. Schachter, J., Hill, E.C. Chlamydial Infection in women with cervical dysplasia. *Am. J. Obstet. Gynec.* 123:753 - 57, 1975.
 292. Schachter, J., Chlamydia Infections. 1, 11, 111 (partes) *N. Engl. J. med.* 298:428 - 35, 490 - 95, 540 - 49, 1978.
 302. Schachter, J., Hanna, L. Et. AL. Are chlamydial infections the most prevalent Venereal Disease. *JAMA* 231:1252 - 55, 1975.
 312. Smith, T.F., Weed, L.D. A comparison of genital Infections Caused by Chlamydia trachomatis and by Neisseria gonorrhoeae. *Am. Soc. Clin. path.* 70:333 - 336, 1978.
 322. Tait, I. A., and Reas, E. Urethral Syndrome Associated with Chlamydial Infection of the Urethra and Cervix. *Br. J. Urol* 50:425, 1978.
 339. Torvald, K. Svensson, L. Chlamydia trachomatis Cervicitis in gynecologic Outpatients. *Obst. & gynec.* 52:698 - 701, 1978.
 342. Treharne, J. D., Darougar, S. Rapid diagnosis of Chlamydia Infections of the Cervix. *Br. J. Vener Dis.* 54:403 - 8, 1978.
 352. Treharne, K.T. Et. Al. Antibodies for C. Trachomatis in Acute Salpingitis *Br. J. Vener Dis* 55:26 - 29, 1979.
 362. Wabrek, J.A. Dyspareunia. *Clin. Obstet. Gynecol.* 21:205, 1978.
 372. Waugh, M.A., and Nayyar, K.C. Triple tetracycline (Deteclo) in the treatment of Chlamydial Infection of the female genital tract. *Br. J. Vener. Dis.* 53:96 - 97, 1977.

389. Woolfitt, J.M. and Watt, L. Chlamydia infection of the urogenital tract in promiscuous and non - promiscuous women Br.J. Vener Dis. 59:93 - 5, 1977.
399. Zinszer. Et, Al. Microbiologia del 3a ed. UTHEA imp. en México, 1976.
402. Capella A. Et. al. Elementos de Microbiologia Medica 2a ed. Mendez Dteo en México, D.F. 1984.
412. Walter D. Rosenfield et al Vulvovaginitis y cervicitis. Clin. pediátrica. de Norte America pags. 523-546, 1982.
422. Spinillo Arsenio Et al Epidemiologic Characteristics of women with idiopathic recurrent vulvovaginal candidiasis abst. and Gynecology vol. 61 No.5 parte 1, mayo 1993.
432. Paul R. Summers Vaginitis Clin. Gynecolog. y Obst. vol. 3 pags. 103- 212, 1993.
442. Spinillo Arsenio Et. al Asyntomatic Genitourinary Chlamydia trachomatis infection in women seropositive Obst. Gynecology, vol.83, No. 6, June 1994.