

11217 2oj.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado e Investigación

"DETECCION DE CHLAMYDIA TRACHOMATIS
EN PACIENTES GINECOOBSTETRICAS" EN EL
H. G. TACUBA I. S. S. S. T. E.

TESIS DE POSTGRADO
para obtener el titulo en la especialidad de
GINECOOBSTETRICIA

p r e s e n t a

DRA. CRISTINA MARTINEZ NUÑEZ



ISSSTE México D. F.

Febrero de 1998

11217

TESIS CON
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 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.

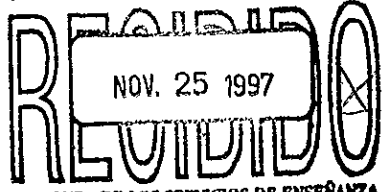
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**"DETECCION DE CHLAMYDIA TRACHOMATIS EN
PACIENTES GINECOOBSTETRICAS" EN LA CONSULTA
EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL TACUBA.**

ISSSTE

DRA. MARTINEZ NUÑEZ CRISTINA

1998



ASESORES:

- * DR. MARCO ANTONIO MARQUEZ BECERRA.

Coordinador del Servicio de Ginecología y Obstetricia.

- * DR. JAIME B. MADARIAGA MARQUEZ.

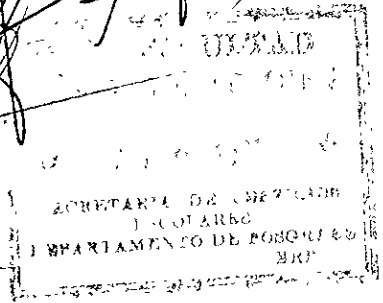
Coordinador de Enseñanza e Investigación.

- * DRA. ISABEL VILORIA VAZQUEZ.

Médico Adscrito de la Clínica de Displasias.

- * DRA. YOLANDA REYES COMPAN.

Médico Adscrito del área de Perinatología.



AGRADECIMIENTOS:

*** A MIS PADRES:**

Que en transcurso de mi vida me han guiado siempre por el buen camino, me han brindado su apoyo, consejos y en los momentos difíciles me han alentado a seguir adelante, anhelando siempre me preparara para enfrentarme a la vida. Hoy se ven culminados sus esfuerzos y nuestros deseos.

***A MIS PROFESORES Y ASESORES:**

Que con sus conocimientos y experiencias depositadas en mí han forjado la capacidad de ayudar al prójimo a través del ejercicio de la **M E D I C I N A**.

Por ello, a Dios y a Ustedes

GRACIAS

CRISTINA

AGRADECIMIENTOS:

***A la Dra. OLGA GARCIA ORTEGA.**

Por su invaluable apoyo y dedicación incondicional para el análisis detallado del estudio, así como a todas aquellas personas cuya participación en área de la consulta externa permitieron mantener la comunicación con las pacientes consideradas en el estudio y, al personal del área del Laboratorio de Pruebas Especiales del CMN "20 de Noviembre" por su apoyo esencial para la realización de éste estudio.

***Al Dr. PABLO RAZGADO SALDAÑA.**

Por su apoyo moral incondicional en los momentos difíciles en la trayectoria de mi preparación, como profesional en el área más hermosa, que me permite coadyuvar en el bienestar del prójimo mediante el ejercicio de la **MEDICINA**.

INDICE

INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODOS	3
RESULTADOS Y GRAFICAS	10
DISCUSION	23
BIBLIOGRAFIA	25

DETECCIÓN DE CHLAMYDIA TRACHOMATIS EN PACIENTES GINECOOBSTÉTRICAS.

Martínez Núñez Cristina, Márquez Becerra Marco Antonio, Viloria Vázquez Isabel, Reyes Compañ Yolanda. Hospital General Tacuba. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Ginecología y Obstetricia.

Chlamydia trachomatis es un parásito intracelular obligado, que depende de la célula huésped para obtener energía. Clínicamente, produce uretritis, cervicitis, enfermedad pélvica inflamatoria, neumonía y conjuntivitis infantil. Se realizó un estudio de detección de Mayo a Septiembre de 1997, en una población de 100 pacientes de la consulta externa de primera vez encontrando: en 17 embarazadas, 2 casos positivos (2.04%), en 12 casos de Esterilidad, uno positivo (8.3%), en 17 casos de Infertilidad sólo uno positivo, displasia: 28 casos con 5 positivos a *Chlamydia*; 3 (33.3%) en LEI BG y 2 (22.2%) con LEI AG en 24 casos de cervicovaginitis y/o uretritis recurrente, ninguno positivo a *Chlamydia trachomatis*. En total, se detectaron 9 casos positivos (9.18%) de 98 pacientes. Los cultivos solicitados para descartar otros agentes reportaron: E. Coli: 16 casos (16.31%), Gardnerella: 15 (15.32%), Candida: 9 (9.18%) y Trichomona: 8 casos (8.16%). Las muestras se obtuvieron del canal endocervical con citobrush y se analizaron con microscopio de inmunofluorescencia para identificar los cuerpos elementales. El mayor porcentaje de casos, se encontró en el grupo de Displasia

(55%). Se observó el inicio de la actividad sexual antes de los 20 años, en el 58.17% de la población y, las pacientes con 2 o más compañeros sexuales predominaron en los grupos de 25 a 30 y 35 a 40 años. El análisis estadístico muestra una $\chi^2=29.53$, para los casos positivos en la población general y; una $\chi^2=4.22$ para los casos positivos en el grupo de displasia ($p=2 \times 10^{-4}$, $p=0.0002$) estadísticamente significativo observando una asociación positiva con la edad y el número de compañeros sexuales.

Palabras clave: *Chlamydia trachomatis*, detección, inmunofluorescencia, displasia, cervicitis, cuerpos elementales.

DETECTION OF CHLAMYDIA TRACHOMATIS IN GYNECOLOGIC AND OBSTETRIC PATIENTS. Martínez Nuñez Cristina, Marquez Becerra Marco Antonio, Vilorio Vázquez Isabel, Reyes Compañí Yolanda. Hospital General Tacuba. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Gynecology and Obstetrics.

Chlamydia trachomatis is an obligated intracellular parasite, that depends on the host cell to obtain energy. Clinically it produces urethritis, cervicitis, pelvic inflammatory disease, pneumonia and conjunctivitis of the newborn. From March to September 1997 a detection study in a 100 patient population from first appointment in out patient department was made and it was found: in 17 pregnant patients, 2 positive cases (2.04%); in 12 cases of Sterility, one positive (8.3%); in 17 cases of Infertility only one positive (1.04%); 28 cases of dysplasia with 5 positives to *Chlamydia*, 3 (33.3%) in ISL LD (Intraepithelial Squamous Lesion Low Degree) and 2 (22.2%) with ISL HD LD (Intraepithelial Squamous Lesion High Degree); in 24 cases on cervicovaginitis and/or recurrent urethritis there was none positive to *Chlamydia trachomatis*. As a total 9 positive cases were detected (9.18%) out of 98 patients. Requested cultivations to discard other agents reported: *E. Coli*: 16 cases (9.18%) and *Trichomona* 8 cases (8.16%). Samples were taken from endocervical canal with cytobrush and were analyzed by immunofluorescence microscope to identify the elemental bodies. Highest percentage of cases was found in the Dysplasia group (55%). Sexual activity start was observed before 20 years of age in 58.17% of population and patients with 2 or more sexual partners predominated in the groups from 25 to 30 and from 35 to 40 years of age. Statistical analysis shows an $\chi^2=29.53$ for positive cases in the dysplasia group ($p=2 \times 10^{-4}$, $p=0.0002$) being statistically significant observing a positive association with age and number of sexual partners.

Key words: *Chlamydia trachomatis*, detection, immunofluorescence, dysplasia, cervicitis, elemental bodies.

INTRODUCCION.

Las infecciones del tracto genital femenino representan una patología muy frecuente de la práctica médica; se caracterizan por un proceso bien localizado, que no pone en riesgo la vida de la paciente y puede o no presentar sintomatología, difícil de suprimir y con recidivas frecuentes.

A partir de la década de los sesentas y debido a la revolución cultural principalmente de los países industrializados, las enfermedades de transmisión sexual tuvieron un auge importante. Al igual que en el resto del mundo, en México el número de casos de enfermedades de transmisión sexual se está incrementando, ya que más del 50% de la población se encuentra en edad reproductiva "grupo de riesgo" en el que predominan los adolescentes y jóvenes en general.

La flora que coloniza habitualmente el tracto genital en la mujer se encuentra confinada a 3 sitios anatómicos bien específicos: genitales externos, vagina y cervix. El resto de los órganos del tracto genital normalmente son estériles y la presencia en ellos de cualquier microorganismo es patológico. Existen varios factores que de alguna manera pueden alterar el ambiente vaginal normal y favorecer la infección al romper el equilibrio y son: embarazo,

menstruación, coito, endocrinopatías, fármacos, hábitos higiénicos y contagio mediante la actividad sexual.

La paciente con infección genital generalmente solicita atención médica cuando se presentan uno o más de los diferentes signos ó síntomas que en orden de frecuencia son: leucorrea, prurito, disuria, hemorragia anormal, dolor abdominal y/o lesión en genitales externos.

Por la relación anatómica estrecha que existe entre el tracto genital y urinario es común que la infección alcance a éste último (uretritis) provocando síntomas como disuria, urgencia urinaria, y cuando una infección bacteriana llega a éste sitio, puede presentarse piuria. En éstos casos es preciso realizar urocultivos con lo que se puede aislar a los gérmenes, entre los patógenos más frecuentes que afectan la uretra y el cervix están: *N. gonorrhoeae* y *Chlamydia Trachomatis* así como algunos virus y hongos.

MATERIAL Y METODOS:

PACIENTES:

Se seleccionaron 100 pacientes de la consulta externa de Ginecología y Obstetricia enviadas de sus Unidades de Medicina Familiar por Esterilidad, Infertilidad, Embarazo de Alto Riesgo para control prenatal y resolución del embarazo y, con antecedentes tales nacimientos anteriores con productos pretérmino, corioamnioitis, ruptura prematura de membranas y óbitos; con reporte de PAP anormal o estudio colposcópico que reportara lesiones cervicales precursoras de malignidad asociadas a VPH y pacientes con cervicovaginitis e infecciones urinarias crónicas recurrentes.

MATERIAL:

- Consultorios del servicio de Ginecología, Perinatología, de la clínica de Displasias para la entrevista y obtención de datos.
- Sala de exploración ginecológica con mesa de exploración.
- Espejos vaginales, pinzas de anillos, gasas, guantes estériles, citobrush.
- Laminillas, fijador spray de muestras citológicas.
- Colposcopio: ac. acético al 5%.
- Hojas de recolección de datos y de consentimiento.
- Solicitudes de citologías cervicales, formas SM1-17.
- Hojas de Historia Clínica.
- Hojas de recolección de datos y de consentimiento de la paciente.

PARA LA TOMA DE ESPECIMENES EN EL LABORATORIO DE PRUEBAS

ESPECIALES:

- ◆ Cubículo para toma de muestras con mesa de exploración con piñeras, espejos vaginales, pinzas de anillos, torundas de algodón, citobrush.
- ◆ Portaobjetos, fijador (metanol).
- ◆ Reactivo específico de inmunofluorescencia Pathfinder.
- ◆ Microscopio de fluorescencia con sistema de filtro para isocianato de fluoresceína.
- ◆ Láminas de vidrio con una concavidad.
- ◆ Recipiente para el transporte de preparaciones al laboratorio.
- ◆ Micropipeta -30 L.
- ◆ Papel secante.
- ◆ Cámara húmeda.
- ◆ Enjuague - agua destilada.
- ◆ Aceite de inmersión conveniente para fluoresceína.

METODOS:

Se realizó un estudio longitudinal, prospectivo y descriptivo, las pacientes seleccionadas para el estudio de detección de infección por *Chlamydia trachomatis* fueron enviadas al laboratorio de pruebas especiales del CMN "20 de Noviembre" con la forma SM1-17 autorizada por la Jefatura de consulta externa y por la Dirección del Hospital.

Las condiciones para la toma de las muestras endocervicales fueron: ausencia de actividad sexual 3 días antes de la toma, aseo personal con baño y ausencia de sangrado menstrual así como ausencia de ingesta de medicamentos antibióticos sistémicos o aplicación de óvulos por lo menos 20 días de la toma de la muestra.

* Hoja de recolección de datos y CARTA de CONSENTIMIENTO.

TOMA DE MUESTRAS:

Con la paciente en posición ginecológica, colocación de espejo vaginal y una adecuada fuente de iluminación se procede a:

1. Limpiar el exocervix con una torunda de algodón o Dacrón para eliminar el exceso de moco.

2. Introducir cuidadosamente el cepillo citológico en el canal endocervical, más allá de la unión escamocolumnar.
3. Mantener en dicha posición durante 2 a 3 segundos.
4. Girar el cepillo citológico una vuelta completa (360°) y
5. Retirar el cepillo citológico sin tocar ninguna superficie vaginal.

PREPARACION DE LAMINAS (CEPILLO CITOLOGICO):

- * Las láminas montadas con muestras tomadas con ayuda de un cepillo citológico se prepararon inmediatamente de la toma de la muestra.
1. Colocando la parte del cepillo citológico que contenía la muestra horizontalmente en el centro de la concavidad.
 2. Girando el cepillo aplicando cierta presión y moviéndolo hacia adelante y hacia atrás, a través de la concavidad.
 3. Se verificó si el frotis cubrió toda la concavidad y
 4. Dejando secar la muestra completamente al aire.
 5. Se colocó la muestra horizontalmente, inundándola con 0.5 ml de fijador con metanol y dejando que el líquido se evaporara por completo. Para acelerar la evaporación, se inclinó la lámina al cabo de 5 minutos para eliminar el exceso de fijador.

6. Con la finalidad de obtener resultados óptimos, se almacenaron y transportaron las muestras a una temperatura ambiente entre 20 y 30° C o refrigeradas entre 2 y 8°C y teñidas dentro de los 7 días después de la toma.

* Coloración y montaje:

1. Se añadió 30 ml de reactivo a cada preparación de control y muestra fijada y se
2. Dejó incubar las preparaciones durante 15 minutos a temperatura ambiente en una cámara bien humidificada.
3. Se aspiró el exceso de reactivo,
4. Se enjuagaron las láminas agitándolas suavemente en agua destilada durante 10 segundo; deshaciéndose cuidadosamente del exceso de agua y eliminando la humedad restante al borde de cada preparación con papel secante y dejando secar las láminas exponiéndolas al aire.
5. Luego se añadió una gota de fluido de montaje en el centro de cada concavidad de la lámina y se colocó un cubrepreparación encima de la gota y eliminando todas las burbujas de aire.

LECTURA:

Se realizó la lectura de las preparaciones utilizando para ello un microscopio de fluorescencia apropiado, utilizando objetivos en aceite con aumento de 40X o 50X para la detección y con un aumento de 63X o 100X para la confirmación de la morfología.

EVALUACION DE LOS RESULTADOS DEL ANALISIS:

Con rastreo completo y cuidadoso de los 8 mm. de la concavidad a la búsqueda de organismos de Chlamydia. Las formas más corrientes en las muestras directas positivas de Chlamydia trachomatis son los cuerpos elementales extracelulares, los cuales aparecen como puntas de alfiler individuales de fluorescencia media a brillante de color verde manzana. A un aumento mayor, los cuerpos elementales aparecen uniformemente fluorescentes, suavemente delineados y en forma de discos.

RESULTADOS:

En el presente estudio, se llevó a cabo la detección de Chlamydia Trachomatis en una población de 100 pacientes, del cual se excluyeron 2 pacientes por falta de cooperación e incluyeron un total de 98 pacientes, seleccionadas de la consulta de primera vez del servicio de Ginecología y Obstetricia consideradas en dos grupos: Embarazadas (de Alto Riesgo) y No Embarazadas en el que se consideraron a las pacientes enviadas de sus Unidades de Medicina Familiar por con los siguientes diagnósticos: Esterilidad, Infertilidad, Displasias del cervix y con cervicovaginitis y/o uretritis recurrentes de población en edad reproductiva. Dentro de nuestra población estudiada de 98 pacientes, el 28.57% correspondió a las pacientes canalizadas por reportes de Papanicolaou anormal con presencia de displasia y datos compatibles de Lesión Escamosa Intraepitelial de Alto o Bajo Grado de malignidad y en las cuales se encontraron 5 casos positivos de Chlamydia T. (5.18%) del total de casos positivos), donde se encontraron 3 casos asociados con LEI AG; dentro del grupo de pacientes con Embarazo de Alto Riesgo que incluyó a 17 pacientes (17.34%) del total de la población se detectaron dos casos positivos (2.04%), que correspondieron: uno a una paciente con embarazo del segundo trimestre de 16.4 semanas de gestación y tenía antecedentes de cervicovaginitis e infecciones urinarias recurrentes y, un embarazo previo que se resolvió a las 28 semanas de gestación por presentar ruptura prematura de membranas, culminando con el

nacimiento de un producto pretérmino que permaneció en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales con Síndrome de Dificultad Respiratoria; el segundo caso correspondió a una paciente de 23 años gesta 3 con antecedente de un aborto del primer trimestre y un parto previo a las 32 semanas de gestación que presentó ruptura prematura de membranas cuyo producto permaneció en UCIN por complicaciones respiratorias propias de su edad, y cuyo tercer embarazo cursaba con 34.4 semanas de gestación al momento de solicitar el estudio, en éste último desencadenó trabajo de parto hacia las 36 semanas de gestación y se obtuvo un producto pequeño que cursó con dificultad respiratoria transitoria. Dentro del grupo de pacientes con diagnóstico de Esterilidad que incluyó a 17 de ellas, se detectó un caso positivo a Chlamydia Trachomatis correspondiente al 1.04% del total de casos detectados (9), en una paciente de 30 años de edad, la cual presentó también en su primera visita en la consulta externa un estudio de histerosalpingografía que mostraba obstrucción tubaria izquierda; del grupo de pacientes con diagnóstico de Infertilidad (17 casos) se reportó un caso positivo y correspondió a una paciente de 36 años de edad quien tuvo un embarazo previo hacia 12 años y se resolvió por la vía abdominal por complicaciones fetales, obteniéndose un producto pretérmino que se mantuvo en UCIN y se egresó al mes siguiente en buen estado, la paciente tenía también cervicitis crónica y cursaba con metrorragias de 6 meses de evolución aparentemente y, cuyo reporte de estudio histopatológico del material de legrado realizado un mes antes por hemorragia uterina anormal, especificaba hiperplasia endometrial con atipia

severa. Finalmente, del grupo de pacientes con diagnóstico de cervicovaginitis + uretritis recurrente que incluyó a 24 casos, ninguno se reportó positivo a Chlamydia Trachomatis. De los factores predisponentes para infección por Chlamydia Trachomatis, considerados en éste estudio, el inicio de actividad sexual, se encontró en el grupo de 15 a 20 años de edad en el 58.17% de la población y con un compañero sexual al 66.32% y en los grupos de edades de los 25 a 30 y 35 a 40 años de edad, predominó el número de pacientes con 2 y más compañeros sexuales.

Asimismo, el método de estudio de laboratorio utilizado para la detección de Chlamydia Trachomatis en los especímenes endocervicales fue, el análisis por inmunofluorescencia para la identificación de los cuerpos elementales y los cultivos reportaron en orden de frecuencia los siguientes agentes:

Flora normal en 50 casos (51.02%), E. coli en 16 casos (16.32%), Gardnerella V: 15 casos (15.32%); Candida: 9 casos (9.18%) y Trichomona Vaginalis: 8 casos (8.16%).

Con respecto al nivel socioeconómico de la población estudiada, se encontró predominando el nivel medio, ya que, en relación a la actividad de las pacientes se observó que, en 59 casos (60.20%) son profesionistas, en 7 casos empleadas generales (7.14%) y en 32 casos (32.65%) son familiares

derechohabientes (o esposas del trabajador) y, cuentan con una percepción económica promedio (Gráfica No. 8).

La población estudiada fue analizada por grupos de edad (Gráfica No. 2) predominando los grupos de 25 a 30 y de 35 a 40 años y el inicio de la actividad sexual ocurrió entre los 15 y los 20 años de edad, en el 58.17% de la población total (Gráfica No. 3), coincidiendo con lo documentado en la literatura como un factor predisponente para propiciar alteraciones a nivel del epitelio columnar, favoreciendo fenómenos de displasia y, promoviendo de ésta manera las atipias del cervix (1, 7).

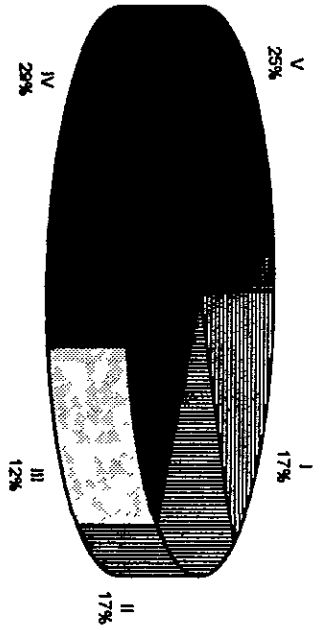
El método de análisis para la detección de *Chlamydia Trachomatis* en nuestra población de 98 pacientes, reportó un total de 89 casos NEGATIVOS que corresponden al 90.81% de la población total y, los 9 casos reportados POSITIVOS correspondieron al 9.19% (Gráfica No. 4); observando los informes recabados de la Historia Clínica, el 100% de nuestra población refirió presentar sintomatología (inflamación pélvica, dispareunia y leucorrea) en forma continua o por lapsos intermitentes de tiempo, no se encontró ninguna paciente asintomática en general; por lo que, se consideró conveniente realizar los cultivos de la secreción servicovaginal, paexcluir la posibilidad de infección por otros agentes (6). (Ver gráfica No. 7). Los casos positivos a *Chlamydia Trachomatis* fueron analizados por grupos de edad (Gráfica No. 5) y verificando la edad de las

pacientes y el número de compañeros sexuales encontramos que: la prevalencia de infección por Chlamydia T. se mantuvo en los grupos de los 20 a los 40 años de edad, predominando en el grupo de 20 a 25 años de edad y, en cuanto al número de compañeros sexuales se encontró que el 70.39% de la población refería un compañero sexual, con prevalencia en el grupo de 36 a 40 años; de modo que el 3.06% de la población tiene 3 compañeros sexuales en los grupos de 26 a 30 años de edad y de 36 a 40 años; mientras la población de 26 a 30 años (26.52%) refirieron 2 compañeros sexuales (Gráfica No. 6) y (1, 7).

De acuerdo al análisis estadístico, encontramos que el valor del grupo en general de casos positivos tuvo una $\chi^2 = 29.53$ observando una asociación positiva con la edad y el número de compañeros sexuales. En el grupo de pacientes con displasia el número de casos positivos Chlamydia T. tuvo una $\chi^2 = 24.22$; concluyendo que el número de casos positivos tuvieron un significado estadístico ($p = 2 \times 10^{-4}$ ó 0.0002) sobre el total de la población (98 casos).

GRAFICA No. 1

POBLACION

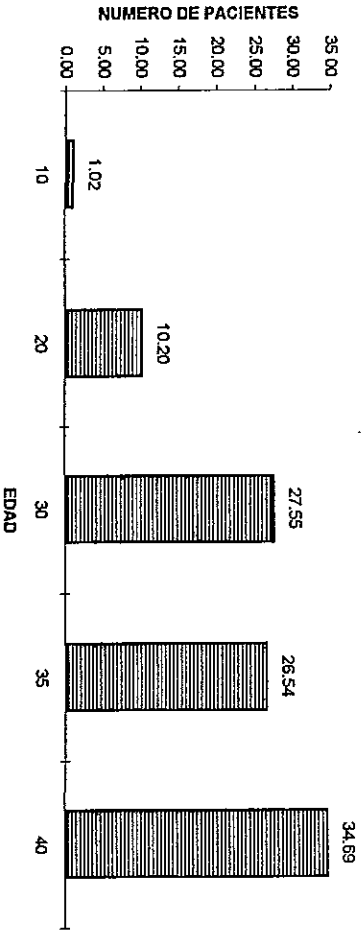


- I
 - II
 - III
 - IV
 - V
- EMBARAZO 17 CASOS
INFERTILIDAD 17 CASOS
ESTERILIDAD 12 CASOS
DISPLASIAS 28 CASOS
CV-URETRITIS 24 CASOS

GRAFICAS No. 2

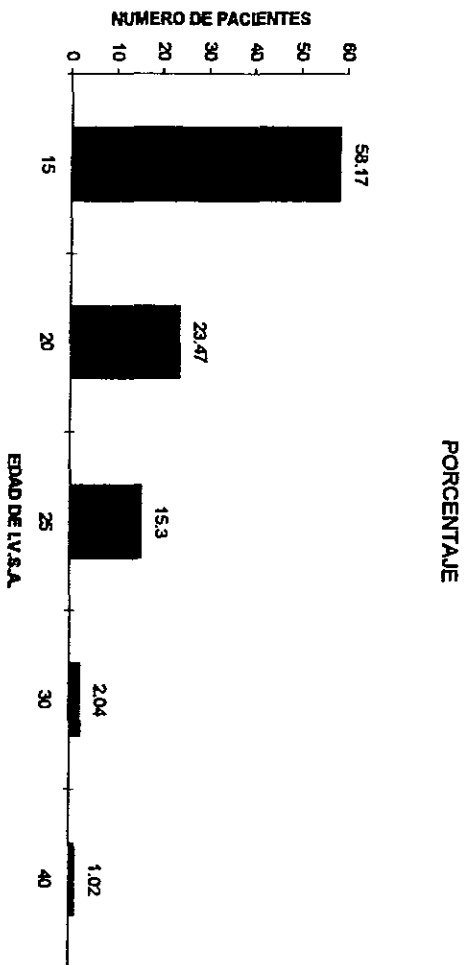
POBLACION POR GRUPOS DE EDAD

PORCENTAJE

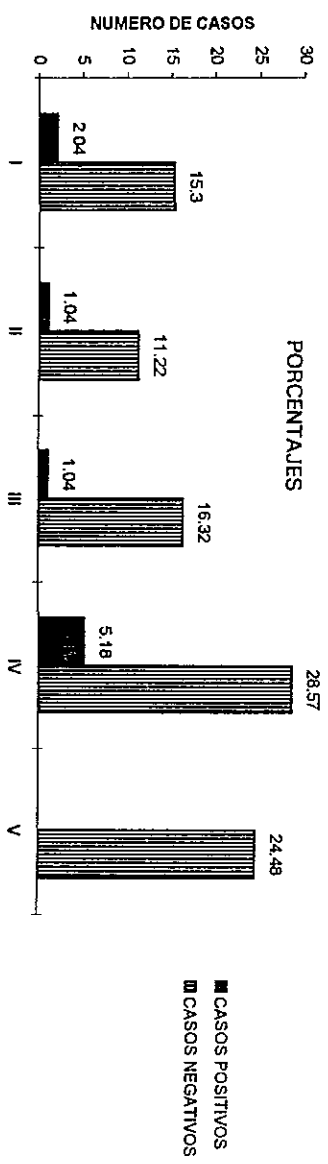


GRAFICA No.3

POBLACION SEGUN INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA



GRAFICA No. 4
CASOS DETECTADOS

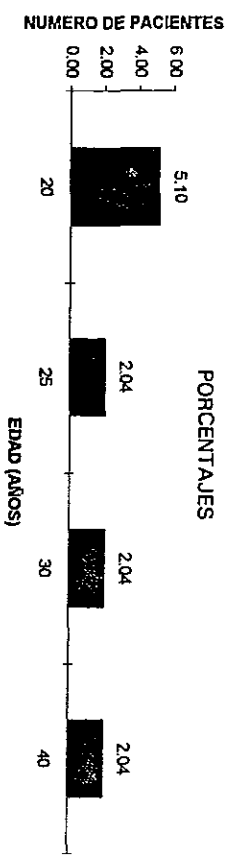


- I EMBARAZADAS 17
- II ESTERILIDAD 12
- III INFERTILIDAD 17
- IV DISPLASIAS 28
- V CV-URETRITIS 24

CASOS DETECTADOS POSITIVOS A CHLAMYDIA T. (9.18%)
CASOS NEGATIVOS (90.81%)

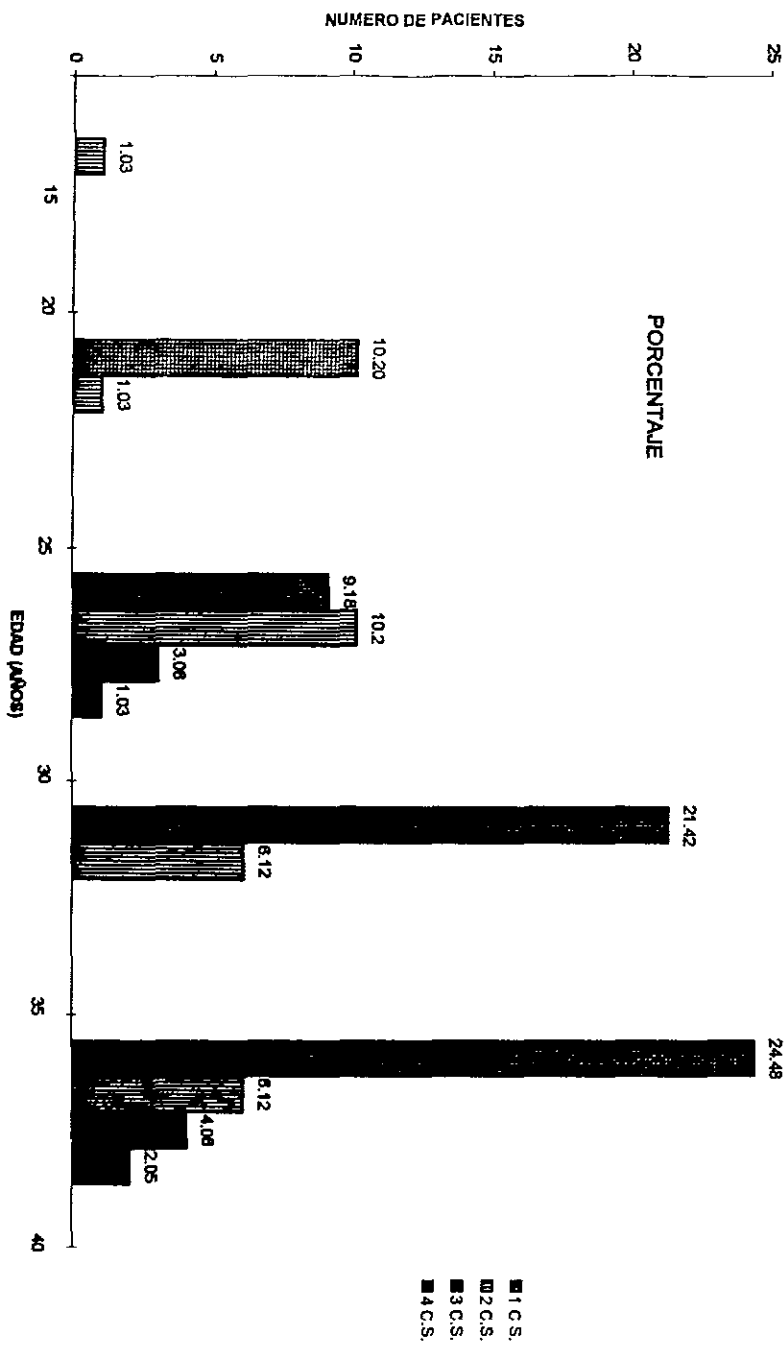
GRAFICA No.5

CASOS POSITIVOS DE CHLAMYDIA T. POR GRUPOS DE EDAD



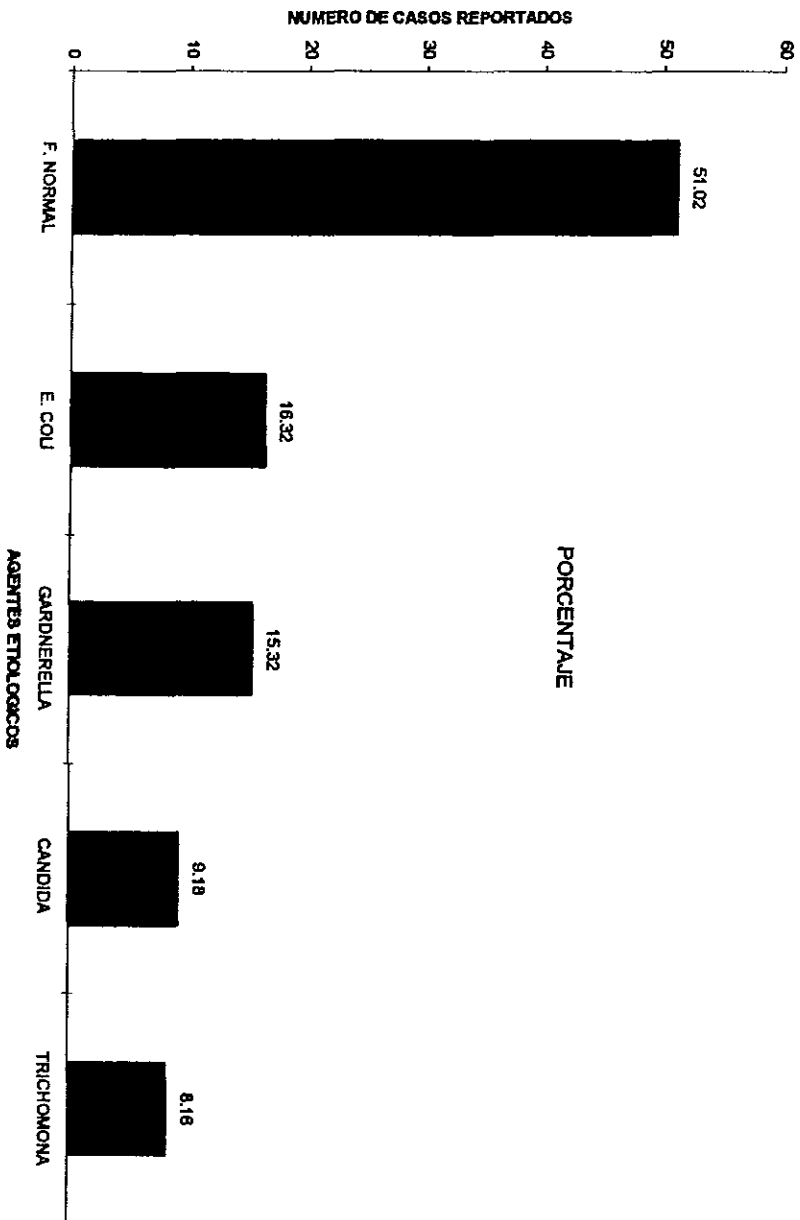
9 CASOS + \approx 9.18%
DE LA POBLACION TOTAL

PACIENTES POR GRUPOS DE EDAD Y PORCENTAJES DE COMPANEROS SEXUALES



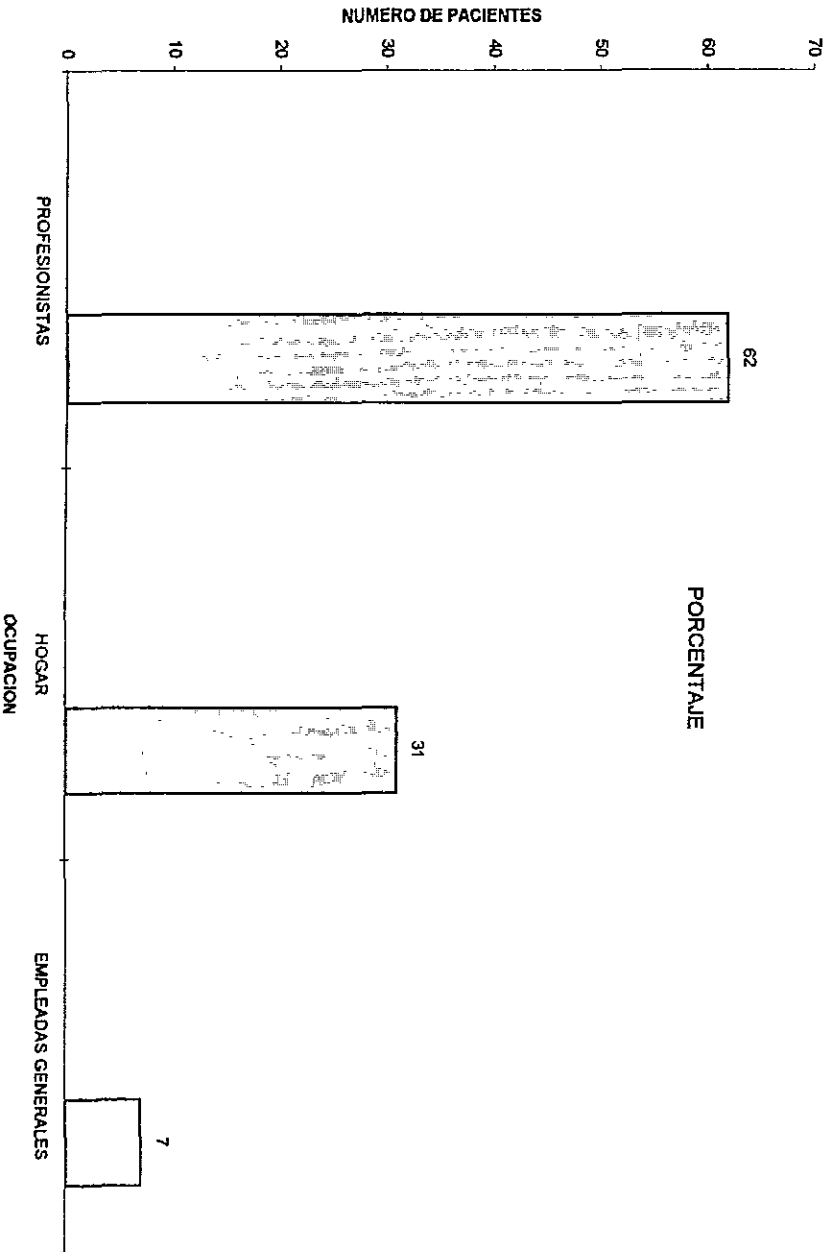
GRAFICA No. 7

CERVICOVAGINITIS



GRAFICA No. 8

OCUPACION DE LA POBLACION ESTUDIADA



DISCUSION:

De acuerdo a los datos obtenidos en nuestra población estudiada de 98 pacientes encontramos una mayor proporción en el grupo de edad de 36 a 40 años y que, en el aspecto de los factores predisponentes para enfermedades de transmisión sexual como la *Chlamydia trachomatis* en éste caso objeto de estudio; la edad de inicio de la actividad sexual llevada a cabo antes de los 20 años de edad (promedio 17 años) y el número de compañeros sexuales observado en número de 2 en los grupos de 25 a 30 y 36 a 40 años favorecen la susceptibilidad a los cambios a nivel de la unión escamocolumnar y la mayor posibilidad de inducir lesiones precursoras de malignidad, dichas situaciones bien documentadas en la literatura sobre la predisposición al desarrollo de lesiones precancerosas cuando se asocian a la vez con infección por virus del papiloma humano como observamos y confirmamos en los casos reportados positivos en el grupo de pacientes con displasias (la mitad del número total de casos positivos); aunque, el 100 por ciento de la población seleccionada se refirió sintomática y contaba con antecedentes de riesgo para infección por *Chlamydia trachomatis* y dada, una sensibilidad del 92% y especificidad del 98% por el método de análisis de los especímenes endocervicales, se corroboró en un porcentaje muy bajo la presencia de microorganismo, siendo éste método el más fidedigno para visualizar las características patognomónicas de la presencia de infección por *Chlamydia trachomatis*; y similarmente a lo reportado por Instituto Nacional de

Perinatología en un estudio realizado en 254 pacientes, donde sólo encontraron casos positivos a Chlamydia Trachomatis en un 9.8% del total de la población y donde también se encontró la presencia de otros gérmenes como los reportados en éste estudio, considerando baja la proporción de la participación de éste agente en los procesos del tracto genital (17) y que, *contrariamente a lo reportado por la literatura*, ésta proporción debería ser mayor; y sobretodo considerando que se está utilizando un método con una alta sensibilidad y especificidad, como es el análisis de los especímenes por inmunofluorescencia. Pero, finalmente en el análisis estadístico se encontró una $\chi^2 = 29.41$ de casos positivos en la población general estudiada y para el grupo de Displasia en particular los casos positivos a Chlamydia trachomatis tuvieron una $\chi^2 = 4.22$, observándose una asociación positiva en el grupo de pacientes con mayor número de compañeros sexuales y la edad de las mismas.

BIBLIOGRAFIA:

1. Alanís Sánchez Alfredo, Flores Martínez Angélica y otros.
Chlamydia trachomatis y displasia cervical. Ginec Obst
Méx. 1995; Sept.; 63: 377 - 381.
2. Ann Campbell, Lee, Ph. D.S. et al. Detection of Chlamydia trachomatis
deoxyribonucleic acid in women with tubal in fertility. Fertil Steril 1993, Jan; 59
(1): 45 - 50.
3. Bustos Lopez Héctor H., Barrón Vallejo Jesús y otros.
Aplicación de un algoritmo diagnóstico prospectivo para pacientes con pérdida
fetal recurrente. Ginec Obs Méx.
1995; 63: 96 - 101.
4. Joel Coste, M.D., Bernard Namound, M.D., et al. Sexually transmittes diseases
as mayor causes of ectopic pregnancy; results from a large case - control study
in France.
Fertil Steril 1994; 62: 289 - 295.

5. Echániz Gabriela - Avilés G, Calderón - Jaimes E, Prevalencia de infección cervicovaginal por *Chlamydia trachomatis* en población femenina en la ciudad de Cuernavaca, Morelos. *Salud Pública Méx.* 1992; 34: 301 - 307.
6. Gencay Mesut, Marjaleena Kiskiniemi, et al. *Clin Infect Dis* 1995; 21: 424 - 26.
7. Gonzalez Sánchez J.L., Flores Avilés Y, y otros. Asociación de *Chlamydia trachomatis* y virus del papiloma humano como factores predisponentes en la etiopatogenia de la neoplasia intraepitelial cervical. *Ginec Obs Méx.* 1995; 63: 422 - 26.
8. Martius Joachim, MD, Marijane A.K, et al. Relationships of Vaginal *Lactobacillus* species, Cervical *Chlamydia trachomatis*, and Bacterial Vaginosis to Preterm Birth. *Obstet Gynecol* 1988; 71: 89 - 95.
9. Oriel J.D, A.L., D. Barlow, et al. Infection of the Uterine Cervix with *Chlamydia trachomatis*. *J Infect Dis* 1978
Apr.; 137 (4): 443 - 51.
10. Stellan Osser, Kenneth Persson. Chlamydial antibodies in women who suffer miscarriage. *British J Obs Ginec* 1996, Feb., 103 ¼ 137 - 41.

11. Persson, K., S. Osler. Lack of evidence of a Relationship between Genital Symptoms, Cervicitis and Salpingitis and Different Serovars of Chlamydia Trachomatis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1993; 12 (3): 195 - 9.
12. Rae Ruth, Isabel W. Smith, et al. Chlamydial serologic studies and recurrent spontaneous abortion. *Am J Obst Gynec* 1994; 170: 782 - 5.
13. Nichols RL and Blyth WA: Chlamydiae, in Davis BD, et al. *Microbiology*, 2nd ed. Harper and Row, Hagerstown, 1973: 916 - 26.
14. Tam MR et al.; Use of monoclonal antibodies of Chlamydia trachomatis as immunodiagnostic reagents, in Mardh PA(ed): *Chlamydial Infections*, Elsevier Biomedical Press, Amsterdam, 1982: 317 - 20.
15. Holes K, Pwiss M; News from the National Institutes of Allergy and infectious Diseases; recommendations of the study group for research and training in. *J Infect Dis*. 1980; 142: 639 - 645.
16. Stephens RS, Kow C, and Tam MR: Sensitivity of immunofluorescence with monoclonal antibodies for detection Chlamydia trachomatis inclusions in cell culture. *J Clin Microbiol* 1982; 16: 4 - 7.

17. Ruiz Calderon Jorge M., Perez Segura Jesús. Infecciones e infestaciones del tracto genital. 1990 Perinatología; 5 (2): 12 - 15.
18. F. P. Doms. Estadística Elemental. 4a. ed. Madrid. Edit. Paraninfo 1989; 43 - 85.
19. Robert Jonhson Estadística Elemental E.U.A. Edit. Iberoamérica 1991: 331 - 340 y 402 - 410.