

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

PREVALENCIA DE LA INFECCION POR CHLAMYDIA
TRACHOMATIS EN PACIENTES CON LESION ESCAMOSA
INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO

**TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PRESENTA LA
DRA. ADRIANA BERNAL MEX
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA
ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**



ISSSTE

ASESOR DE TESIS: DR. JOSE LUIS LOPEZ VELASQUEZ

2004



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.

[Handwritten signature]

DR. JULIO CESAR DIAZ BECERRA
COORDINADOR DE CAPACITACION DE
DESARROLLO E INVESTIGACIÓN



[Handwritten signature]

DR. LUIS S. ALCAZAR ALVAREZ
JEFE DE ENSEÑANZA

[Handwritten signature]

M. EN C. HILDA RODRÍGUEZ ORTIZ
JEFE DE INVESTIGACION





DR. HECTOR HURTADO REYNA
PROFESOR TITULAR



DR. JOSE LUIS LOPEZ VELÁSQUEZ
ASESOR DE TESIS



DR. MIGUEL A. SERRANO BERRONES
VOCAL DE INVESTIGACIÓN

Dedicado a:

Mis dos familias, la que esta lejos y a la que me adopto.

No quiero omitir a nadie por eso no escribo nombres,
A todos los que estuvieron conmigo y me apoyaron en este tiempo.

Gracias.

INDICE

- I. Resumen
- II. Abstract
- III. Introducción
- IV. Marco Teórico.
 - Chlamydia trachomatis
 - Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado
- V. Objetivos
- VI. Hipótesis
- VII. Material y Métodos
- VIII. Cronograma de trabajo
- IX. Resultados
- X. Conclusiones
- XI. Bibliografía

RESUMEN

OBJETIVO:

Chlamydia trachomatis es un microorganismo intracelular obligado Gram. Negativo y es el que con mayor frecuencia se transmite por vía sexual. De acuerdo a la OMS la cifra de mujeres infectadas es de 12 millones al año.

La lesión escamosa Intraepitelial de bajo grado de acuerdo al sistema Bethesda incluye los diagnósticos histológicos de neoplasia Intraepitelial cervical de grado I y los cambios por virus del papiloma humano

El objetivo general de este estudio es establecer si existe una relación entre la lesión escamosa Intraepitelial de bajo grado y la infección genital por *Chlamydia trachomatis*.

MATERIAL Y METODOS

Se realizaron en la clínica de colposcopia del Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos en 31 pacientes con diagnóstico corroborado por citología, colposcopia e histopatología, pruebas de detección rápida para infección por *Chlamydia trachomatis*, para establecer si existía una relación entre estas.

RESULTADOS

De las 31 mujeres examinadas, los rangos de edad variaron desde los 19 años hasta los 79, teniendo como edad promedio 31 años. Se revisaron los antecedentes en cada una de ellas, además de los de los compañeros sexuales actuales, para posteriormente establecer relación entre los antecedentes y factores que pudieran predisponer la infección por *Chlamydia trachomatis*.

En nuestro medio se encontró que la edad en que se realizó la primera citología con mas frecuencia fue a los 25 y 28 años, 12.9% en total y que los reportes de esta primera citología fueron en el 74.2% normales y en el 25.8% anormales que correspondían en su mayoría al motivo por el cual acudían las pacientes a la clínica de colposcopia. De estas 31

pacientes el 48.4% ya habían recibido algún tipo de tratamiento para cervicovaginitis antes de su ingreso al servicio de colposcopia y el 51.6% no lo anterior.

Entre los antecedentes de mayor relevancia asociados a la LEIBG encontramos tabaquismo en un 12.9%, que el inicio de vida sexual activa fue a los 18 años en el 22.6% de las pacientes, lo cual ya está más que demostrado que es un factor predisponente para desarrollar una LEIBG, en su mayoría manifestaron únicamente una pareja sexual en el 61.3% y que el número de gestaciones promedio eran 3 en un 32.3% y la edad promedio de la primera gestación fue a los 24 años en el 16.1%.

De las 31 pacientes examinadas solamente se demostró infección por *Chlamydia trachomatis* en 2 pacientes (6.5%), contra un 93.5% en las cuales no, el objetivo de este estudio era el establecer si en nuestro país hay un mayor índice de infección por *Chlamydia trachomatis* en pacientes con LEIBG que el reportado a nivel mundial, encontrando cifras muy similares.

CONCLUSIONES

Se estableció que no hay una relación directa entre ambas infecciones. También se demostró que en las pacientes que presentan lesión escamosa intraepitelial de bajo grado, no hay una tasa de infección por *Chlamydia trachomatis* más alta que en el resto de la población.^{12 3 4}

Palabras clave. Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado, LEIBG, *Chlamydia trachomatis*.

SUMMARY

OBJECTIVE.

Chlamydia trachomatis is a negative gram intracellular microorganism and is the one that most frequently is transmitted by sexual contact. According to the OMS the number of infected women is of 12 million to the year.

The low grade intraepithelial lesion according to the Bethesda system includes the histologic diagnostic of intraepithelial cervical neoplasia of grade I and the changes by human papiloma virus. the general mission of this study is to establish if there are a relation between the low grade intraepithelial lesion and the genital infection by chlamydia trachomatis

MATERIAL AND METHODS

They were made in the colposcopic clinic of Hospital Regional Licenciado Adolfo Lopez Mateos in 31 patients with diagnostic corroborated by cytology, colposcopy and histopatology, tests of fast detection to infection by chlamydia trachomatis, to establish if there are a relation between these.

RESULTS.

Of the 31 examined women, the age ranks varied from the 19 years to the 79, having like age average 31 years. the antecedents of each one of them, and of their present sexual companions were reviewed, later to establish relation between the antecedents and the factors that could ready the infection by Chlamydia trachomatis.

In our means was find that the ages in which they made their first citology most frequently went to the 25 and 28 years. 12,9% altogether and that reports of this first citology were in the 74,2% normal ones and abnormal in 25% which it be in general the reason to enter to the colposcopic clinic

Of these 31 patient the 48,4% already have been received some treatment for cervical infection before their entrance to the colposcopic service and the other 51,6% don't.

Between the associated antecedents of greater relevance to the LGIL we found tabaquismo in 12,9%, that the beginning of active sexual life went to the 18 years in the

22.6% of the patients, which already this but that demonstrated that it is a predisponente factor to develop a LIGL, in their majority showed only a sexual pair in the 61.3% and the number of gestations average were 3 in 32.3% and the age average of the first gestation went to the 24 years in 16.1 %

Of the 31 patients only examined demonstrated to infection by Chlamydia trachomatis in 2 patients (6.5%), against 93.5%. the objective of this study was to establish if in our country is a greater index of infection by Chlamydia trachomatis in patients with LIGL that the reported one at world-wide level, finding numbers very similar.

CONCLUSIONS

settled down that there is no a direct relation between both infections. Also one demonstrated that in the patients who present Low Grade Intraepithelial lesion, there is no a rate of infection by Chlamydia trachomatis more discharge than in the rest of the population.

Key words. Low Grade Intraepithelial Lesion, LIGL, Chlamydia trachomatis

INTRODUCCIÓN

Las infecciones por virus del papiloma humano y por *Chlamydia trachomatis*, son las dos más comunes transmitidas sexualmente y se ha intentado en los últimos años establecer si estas tienen una relación con el desarrollo de la **Lesión Escamosa Intraepitelial de bajo grado** o bien si la anterior es un medio ideal para que se desarrolle la infección por *Chlamydia trachomatis*.

MARCO TEORICO

CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Se ha estimado que la cifra de contagio es de alrededor de 4 millones de casos por año⁵, lo que la convierte en la enfermedad de transmisión sexual con mayor prevalencia en Estados Unidos.

Las Chlamidias están constituidas por un grupo de parásitos intracelulares obligados, íntimamente relacionados con las bacterias Gram. Negativas. Se dividen en dos especies, *Chlamydia psittacci* y *Chlamydia trachomatis*, ambas con características morfológicas similares.

Las clamidias requieren un hábitat intracelular, porque no pueden sintetizar ATP y dependen de la célula huésped para sus necesidades energéticas. , se inactivan rápidamente por el calor y dejan de ser infecciosas completamente después de la exposición durante 10 minutos a una temperatura de 60 grados centígrados.

Los inmunotipos D a K son causa común de enfermedades venéreas y también pueden producir infección ocular. En adultos sexualmente activos, *Chlamydia trachomatis* es causa frecuente de uretritis no gonocócica y en raras ocasiones de epididimitis en varones. En mujeres causa cervicitis, salpingitis y enfermedad inflamatoria pélvica.⁶

El cuadro clínico se caracteriza por disuria, polaquiuria, urgencia urinaria, dolor pélvico, sangrado transvaginal y descarga vaginal⁷, pero también las personas pueden permanecer asintomáticas y ser portadoras del padecimiento.

El diagnóstico de *Chlamydia trachomatis* es realizado con máxima seguridad por cultivo celular, aunque estas pruebas son caras y complejas. Generalmente se utilizan la unión a anticuerpos fluorescentes, técnicas de inmunoensayo ligados a enzimas y pruebas de DNA para la detección rápida de *Chlamydia*.

El tratamiento de elección para *Chlamydia trachomatis* son la azitromicina y la doxiciclina. Y aunque ambas son igual de eficaces la efectividad de la doxiciclina se ve afectada por el mal apego al tratamiento por parte de los pacientes, a diferencia de la azitromicina en la cual el tratamiento es mucho más corto aunque si se eleva en costo.

**TRATAMIENTO RECOMENDADO POR LA CDC PARA
CHLAMYDIA TRACHOMATIS⁸**

MUJERES NO EMBARAZADAS

Azitromicina 1 gmo dosis única.

Doxiciclina 100 Mg vía oral cada 12 hrs. durante 7 días

Eritromicina 500 Mg vía oral cada 6 horas por 7 días

MUJERES EMBARAZADAS

Eritromicina 500 Mg vía oral cada 6 horas durante 7 días

LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO.

La neoplasia Intraepitelial cervical también llamada displasia, comprende los desordenes de crecimiento y desarrollo del epitelio escamoso cervical. El sistema Bethesda de nomenclatura de la citología cervical combina el diagnostico histológico de neoplasia Intraepitelial cervical de grado I y cambios por virus del papiloma humano, dentro de la categoría diagnostica descriptiva de **Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado LEIBG**. Estas lesiones reflejan los efectos patológicos de la infección por virus del papiloma humano. Entre los factores relacionados con el desarrollo de una LEIBG figuran la edad joven, presencia de tipos de HPV de alto riesgo y duración de la infección por el virus.

Reagan	Richart	Meisels	Bethesda
	NIC I	Condiloma ordinario	LEIBG
Displasia leve	NIC II	Condiloma atípico	
Displasia moderada	NIC III		LEIAG
Displasia intensa			
Carcinoma epidermoide			
In situ.	-		

Desde el punto de vista citológico e histológico, la LEIBG se caracteriza por crecimiento del núcleo celular por lo menos tres veces mas que el tamaño del núcleo de una célula intermedia normal. Las células epiteliales también muestran una variación moderada en el tamaño y la forma nucleares, cromatina hiperromatica y binucleacion frecuente. A menudo el citoplasma esta desplazado hacia la periferia de la célula y origina así el coilocito con su halo perinuclear característico o aclaramiento citoplásmico. A nivel celular, los datos de LEIBG pueden existir sin el desarrollo de coilocitosis.

En el estudio histológico, se observa una perdida de la diferenciación celular progresiva normal en el tercio inferior del epitelio, pero una maduración celular progresiva normal en los dos tercios superiores de las capas epiteliales. En cambio, la NIC 2 o NIC 3

refleja la pérdida de maduración celular progresiva, que se extiende para incluir los dos tercios superiores del epitelio.

CARACTERISTICAS DE LA LEIBG¹⁰

1. Habitualmente hay coilocitosis.
2. Proliferación de células basales. 0 a 30% del espesor del epitelio.
3. Actividad mitótica generalmente restringida a la capa basal,
4. La atipia predomina en capas medias y superficiales del epitelio.
5. Poca o nula atipia de células basales.

Pueden existir grados variables de papilomatosis, paraqueratosis, queratosis

o engrosamiento del epitelio, así como extensión a glándulas endocervicales.

Entre el 70 y 80% de las lesiones de grado bajo permanecen sin cambio en el tiempo o se resuelven de manera espontánea sin tratamiento, ante todo en las mujeres jóvenes.

SISTEMA BETHESDA 1994¹¹

1. Calidad del Frotis.

- a) Frotis adecuado para su evaluación.
- b) Frotis adecuado pero limitado para su evaluación
- c) Frotis inadecuado para su evaluación

2. Categorías generales para clasificar el frotis

- a) características celulares dentro de límites normales
- b) cambios celulares benignos
- c) células epiteliales anormales

3. El Diagnóstico descriptivo incluye:

A) Cambios Celulares Benignos:

Infecciones

- a) Trichomonas vaginalis.
- b) Hongos
- c) Flora coco bacilar.
- d) Bacterias compatibles con actinomyces
- e) Cambios celulares asociados con Herpes virus
- f) Otros.

Cambios Reactivos

- a) Asociados a proceso inflamatorio
- b) Asociados a atrofia e inflamación.
- c) Posradiación
- d) Asociados a Dispositivo Intrauterino.
- e) Otros

B) Células Epiteliales anormales.

Células Escamosas:

- a) Atipia de células escamosas de significado indeterminado ASCUS
- b) Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado
 - infección por el virus del papiloma humano.
 - Displasia leve.
 - Neoplasia Intraepitelial cervical grado I

c) Lesión escamosa Intraepitelial de alto grado
- Displasia moderada.
- Displasia intensa, carcinoma in situ.
d) Carcinoma de células escamosas.
Células Glandulares:
a) Células endometriales citológicamente benignas en mujer posmenopáusica
b) Células glandulares atípicas de significado indeterminado AGUS
c) Adenocarcinoma endocervical
d) Adenocarcinoma endometrial
e) Adenocarcinoma inespecifico
Otras neoplasia malignas (a especificar)
4. La evaluación hormonal incluye (solo para muestras vaginales)
a) Patrón hormonal compatible con la edad e historia clínica
b) Patrón hormonal incompatible con la edad e historia clínica (especificar)
c) Evaluación hormonal ilegible debido a... (especificar)

DATOS COLPOSCOPICOS DE LA LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO.

El grado de cambio acetoblanco que se observa colposcopicamente en la LEIBG es variable. La blancura mediada por ácido acético puede presentarse con un color blanco rosado pálido, transparente, o un color blanco de nieve denso. El aspecto acetoblanco de las lesiones cervicales displásicas resulta cuando la luz que se dirige del colposcopio se refleja en las diferentes capas de epitelio cervical y la red subyacente de capilares basales a la unión del estroma con el epitelio. En casos de incremento de la densidad nuclear del epitelio (es decir, una mayor razón de núcleo a citoplasma) penetra menos luz al estroma y se refleja mas luz del epitelio. El epitelio displásico se caracteriza por una mayor razón núcleo citoplasma. En casos de LEIBG, ello se debe al crecimiento relativo del núcleo celular hasta tres veces mas que el núcleo de la célula intermedia normal. La razón núcleo citoplasma es menos notable en LEIBG que en la LEIAG, en la que el citoplasma se contrae, mientras que el núcleo crece.

En las LEIBG, el contorno de la superficie suele ser plano, es probable que los márgenes no sean precisos y se observe que los cambios acetoblancos en la unión escamo cilíndrica palidecen hacia el color de fondo del epitelio escamoso maduro. Los márgenes también pueden aparecer irregulares en oposición a los márgenes rectos y precisos de las lesiones de alto grado.

Para describir los márgenes de las LEIBG se utilizan múltiples términos, como emplumado (similar a la cola de un pavo), floculado (similar a tela con flecos), o geográfico, con el aspecto de un mapa de bahías y penínsulas.

Las LEIBG pueden mostrar configuraciones o patrones de punteado y mosaico. Sin embargo a diferencia de las lesiones de alto grado, los patrones de vasos de las de grado bajo tienden a ser finos, de calibre pequeño, distribución regular y con distancia ínter capilar normal (50 a 250 Mm). En las lesiones de grado bajo no suelen haber vasos atípicos.¹²

EVALUACION DE RIESGO DE LAS LESIONES ACETOBLANCAS¹³		
Clasificación	1	2
Color	Blanco	Grisáceo
Superficie	Delgada	Gruesa
Márgenes	Indefinidos	Definidos
Puntilleo	Fino	Grueso
Mosaico	Fino	Irregular
Vasos Atípicos	Presentes	Presentes
Prueba de Lugol	Negativa	Negativa
Lesiones de bajo grado 1-7 puntos		
Lesiones de alto grado 8-14 puntos		

OBJETIVOS

1. Establecer la relación entre la Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado y la infección genital por Chlamydia trachomatis.
2. Demostrar que tan significativa es esta relación.
3. Identificar factores de riesgo asociados a la infección por Chlamydia trachomatis.
4. Establecer que tan significativos son estos factores en la población estudiada.
5. Comparar los resultados obtenidos con los reportados a nivel mundial.

HIPÓTESIS

Si existe una relación comprobable entre la **Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado** y la infección por **Chlamydia Trachomatis**, entonces, ¿ Debemos buscar intencionadamente en las pacientes con LEIBG como protocolo de estudio una infección por Chlamydia trachomatis asociada?

MATERIAL Y METODOS

- *PACIENTES Y VARIABLES A ESTUDIAR.*

Mujeres en edad reproductiva, que acudieron a la unidad de colposcopia del Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos con diagnóstico corroborado por citología, colposcopia e histología de Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado.

- *POBLACIÓN*

A continuación se agrega un cuadro que muestra la población de nuevo ingreso manejada por el servicio de colposcopia del Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos, en un periodo de 6 meses, comprendido entre enero y junio del 2004, en el cual se realizó el presente estudio.

HOSPITAL REGIONAL LICENCIADO ADOLFO LOPEZ MATEOS	
INFORME SEMESTRAL DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE COLPOSCOPIA	
ENERO A JUNIO DE 2004	
PACIENTES CON DIAGNOSTICO CITOLOGICO PROBABLE	
LEIBG	175
LEIAG	28
CANCER INVASOR	3
PACIENTES CONFIRMADAS POR HISTOPATOLOGIA	
LEIBG	47
LEIAG	10
CANCER INVASOR	0

- *TAMAÑO DE LA MUESTRA*

Se estudiaron 31 pacientes, con el diagnóstico ya mencionado que corresponden al 65% de la población con LEIBG, diagnosticada durante un periodo de 6 meses, en la unidad de colposcopia.

El total en dicho periodo de pacientes con LEIBG (59) es el ideal para una prevalencia esperada del 8%, con un peor esperado del 2% y con un nivel de confianza del 95%, se requerían de 34 pacientes pero considerando un 10% de pérdidas, el tamaño de nuestra muestra se considera de 31 a 34.

El 8% se explica de la literatura internacional encontrada que se reporta del 5.7% hasta el 17.1%^{14 15}.

Para el cálculo de la muestra se utilizó el programa EPI into versión –6.

- *CRITERIOS DE SELECCIÓN*

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes con diagnóstico confirmada por citología, histología y colposcopia de Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Pacientes con Lesión Escamosa Intraepitelial y/o cáncer cervicouterino aunados a la Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado.
2. Mujeres con enfermedades sistémicas graves y descompensadas en el momento del estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. Pacientes que no estén de acuerdo con que se les realice el estudio.
2. Pacientes que no tengan completa su base de datos.

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

Se recabaron los antecedentes de cada una de las pacientes y se realizó una base de datos con estos obtenidos.

- *DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO*

Durante un período de 6 meses (enero 2004 a mayo2004) en 31 pacientes que acudieron a la consulta externa del servicio de colposcopia del Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos, con diagnóstico de Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado corroborado por citología, colposcopia e histología se realizo una prueba de detección rápida para Chlamydia Trachomatis genital, determinando la positividad o negatividad del resultado de acuerdo a los parámetros propios del estudio.

- *ANÁLISIS ESTADÍSTICO*

Se calcularon frecuencias simples y proporciones.

Medidas de frecuencia simple para las variables cualitativas y para las cuantitativas, se calcularon el sesgo y la kurtosis para determinar su tipo de distribución y para aquellas que no tuvieran una distribución normal se utilizo la U de Mann Whitney.

Para todo lo anterior se utilizo el programad de SPSS versión 8 para Windows.

- *RECURSOS*

Humanos. Personal de enfermería y medico adscritos al servicio de colposcopia del Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos (HRLALM).

Físicos. Espacio físico y equipo completo otorgado al servicio de colposcopia del HRLALM.

QuickVue. Chlamydia Test. Inmunoensayo para la detección cualitativa directa del antígeno de Chlamydia Trachomatis procedente de muestras clínicas. La descripción exacta del metodo no se incluye en este texto, pero si se menciona, que las pruebas fueron realizadas únicamente por personal medico ampliamente capacitado en la toma de la muestra y realización del procedimiento.

- *COSTO DE LA INVESTIGACIÓN.*

El precio en moneda nacional fue de \$1500 por caja con 25 equipos de detección rápida para Chlamydia trachomatis. A un costo por prueba de \$60 cada una, con un costo en total de 1660 pesos por las 21 pruebas.

CRONOGRAMA DE TRABAJO

PROGRAMACIÓN	FECHA
PROTOCOLO	DICIEMBRE- ENERO 2004
RECOLECCION DE LA INFORMACION	ENERO – JUNIO 2004
PROCESAMIENTO DE DATOS	JULIO 2004
DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS	JULIO 2004
ANÁLISIS DE LOS DATOS	AGOSTO 2004
INFORME FINAL Y ENTREGA	SEPTIEMBRE 2004

RESULTADOS

Se estudiaron 31 pacientes a las cuales se les realizó un interrogatorio detallado de sus antecedentes y con esta información se realizó una base de datos de la cual posteriormente se calcularon frecuencias simples y proporciones.

Los valores de sesgo normal se consideran entre -0.5 a 0.5 y de kurtosis de 2 a 4, son utilizados para variables cuantitativas si una de estas se encuentra fuera de estos valores se considera como una variable anormal y será expresada reportada únicamente como medianas. No así con las variables cualitativas las que únicamente se expresan como frecuencias simples. En base a lo anterior se encontraron los siguientes resultados.

La edad de las pacientes abarco desde los 19 hasta los 79 años encontrando una mediana de 38.1 (Págs. 21,22), con una desviación estándar de 10.37, y en porcentajes se encontró que las edades más frecuentes fueron 36, 37 y 39 años con un 12.9% cada una.

Menarca también salió de sesgo y kurtosis por lo que se expresó en mediana de 13, con un mínimo de 11 años y un máximo de 18, encontrando 14 años como menarca en el 29% (Págs. 23,24).

El inicio de vida sexual activa tuvo como mediana 19, con un mínimo y máximo de 14 y 29 años respectivamente y se encontró en 22.6% a los 18 años (Págs. 25, 26). El número de parejas sexuales tuvo una mediana de 1, con un mínimo de 1 y un máximo de 7, encontrando que el 61% de las pacientes refería haber tenido únicamente una pareja sexual (Págs. 27, 28), no así en el número de parejas sexuales del compañero actual, que presentó una mediana de 2, con un mínimo de 0 (el caso de las pacientes que no contaban con esta información debido a que lo ignoraban en el momento del estudio) hasta un máximo de 20, con un porcentaje 32.3 % en el caso de aquellas mujeres que ignoraban el número de parejas sexuales de su compañero actual, pero que si lo consideraban de riesgo esto a partir de 6 parejas sexuales (Págs. 33,34).

El número de gestaciones en estas pacientes expresó una mediana de 3, con un mínimo de 0 para los nuligestas y un máximo de 8 (en el caso de la paciente de 78 años) con un promedio máximo de 32.3% en las tercigestas (Págs. 29,30).

La edad promedio en la que se realizó la primera citología tuvo como mínimo los 19 años y como máximo 71, con una mediana de 28 años, y en un porcentaje 12.9 a los 25 y

28 años, es importante mencionar que en mas del 10% de las pacientes su primera citología fue el actual motivo de envío a la clínica de colposcopia. (Págs. 31,32). Y expresándose como variables de frecuencia simple tenemos el resultado de la primera citología, que se reporto como normal y anormal, encontrándose una frecuencia de 23 normales y 8 anormales con promedios de 74.2% y 25.8% respectivamente (Pág. 37). De estas 31 pacientes recibieron tratamiento cervicovaginal que variaba desde óvulos, cremas y tabletas vaginales 15 pacientes que correspondían a un 48.4% (Pág. 35). Y con respecto a la sintomatología que nosotros consideramos predominantes se encontró que un 41.9% (13) presentaba prurito al momento del estudio y un 58.1% (18) negó lo anterior (Pág. 36). El 16.1% refirió haber presentado sangrado postcoito en alguno ocasión no así el 83.9% (Pág. 36). Se menciona la presencia de leucorrea en el 64.5% (22 pacientes), lo cual era subjetivo ya que fue mencionado por las pacientes (Pág. 37). Y por ultimo en las mujeres también se tomo en cuenta el tabaquismo presente únicamente en el 12.9% ya que solo 4 mujeres referían un tabaquismo leve (Pág. 35).

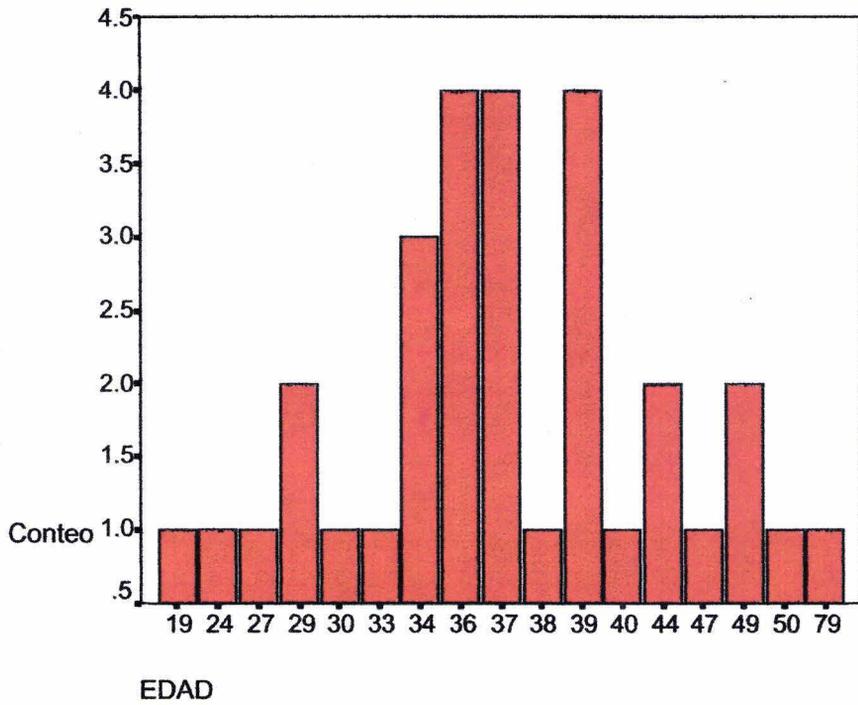
Los datos más relevantes obtenidos del varón fueron la presencia de circuncisión en el 6.5%, se negó en el 26%, se menciona que una paciente lo ignoraba 3.2% y que dos pacientes no tenían compañero sexual actualmente 6.5% (Pág. 39). Se encontró que el 9.7% de las mujeres expreso que su actual compañero sexual había presentado algún tipo de enfermedad venérea sin adentrarse mas en este apartado (Pág. 38).

El Resultado de test de Chlamydia trachomatis se reporto como positivo en el 6.5%, en dos pacientes y en las otras 29 fue negativo (Pág. 39). Y se estudiaron en estas dos pacientes cuales fueron los factores observados en común encontrando lo siguiente: en las pacientes con reporte positivo de Chlamydia la edad promedio de inicio de vida sexual activa fue a los 18 años (Pág. 40). Se observo una mediana para tabaquismo de 2 en las pacientes con test positivo y en las que lo obtuvieron negativo fue del 1.85 (Pág. 40). Y por ultimo encontramos las medianas para la edad en el momento del estudio de las pacientes con prueba positiva tuvo una mediana de 37.5 y la mediana de la edad de la primera citología en estas pacientes fue de 28 años (Pág. 42).

EDAD		
N	Validos	3
	Perdidos	0
Media		38.1
Mediana		37.0
Desviacion estandar		10.3
Variabilidad		107.
Sesgo		1.92
Desviacion Estandart Sesgo		.42
Kurtosis		7.47
Estandart de error de Kurtosis		.82
Minimo		1
Maximo		7

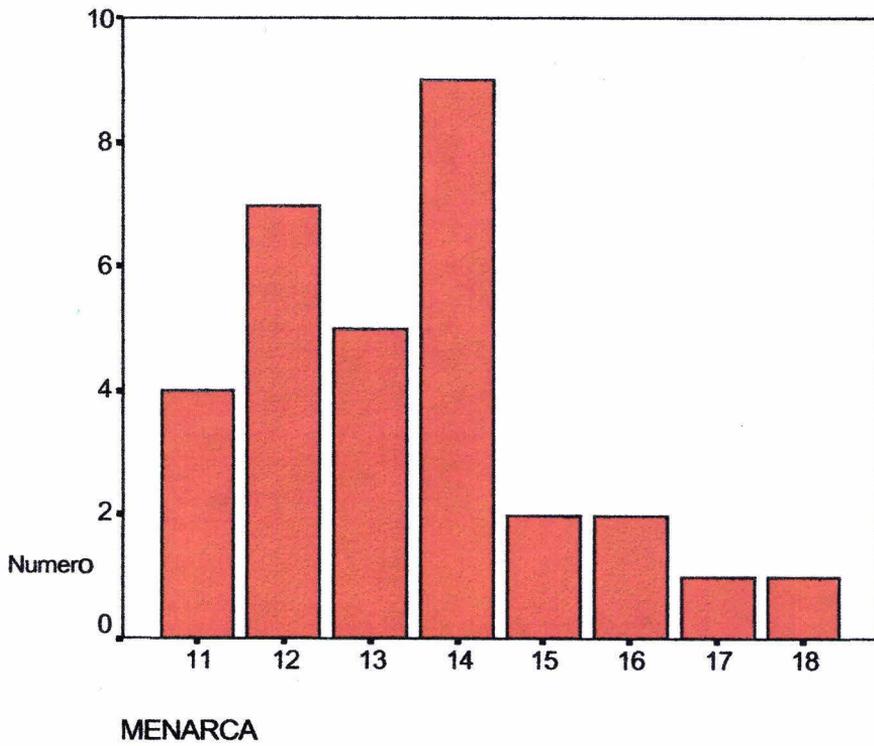
EDAD

	Frecuencia	Porcentaj	Porc. valido	Porcentaje acumul
Valido 19	1	3.2	3.2	3.2
24	1	3.2	3.2	6.5
27	1	3.2	3.2	9.7
29	2	6.5	6.5	16.1
30	1	3.2	3.2	19.4
33	1	3.2	3.2	22.6
34	3	9.7	9.7	32.3
36	4	12.9	12.9	45.2
37	4	12.9	12.9	58.1
38	1	3.2	3.2	61.3
39	4	12.9	12.9	74.2
40	1	3.2	3.2	77.4
44	2	6.5	6.5	83.9
47	1	3.2	3.2	87.1
49	2	6.5	6.5	93.5
50	1	3.2	3.2	96.8
79	1	3.2	3.2	100.0
Total	31	100.0	100.0	



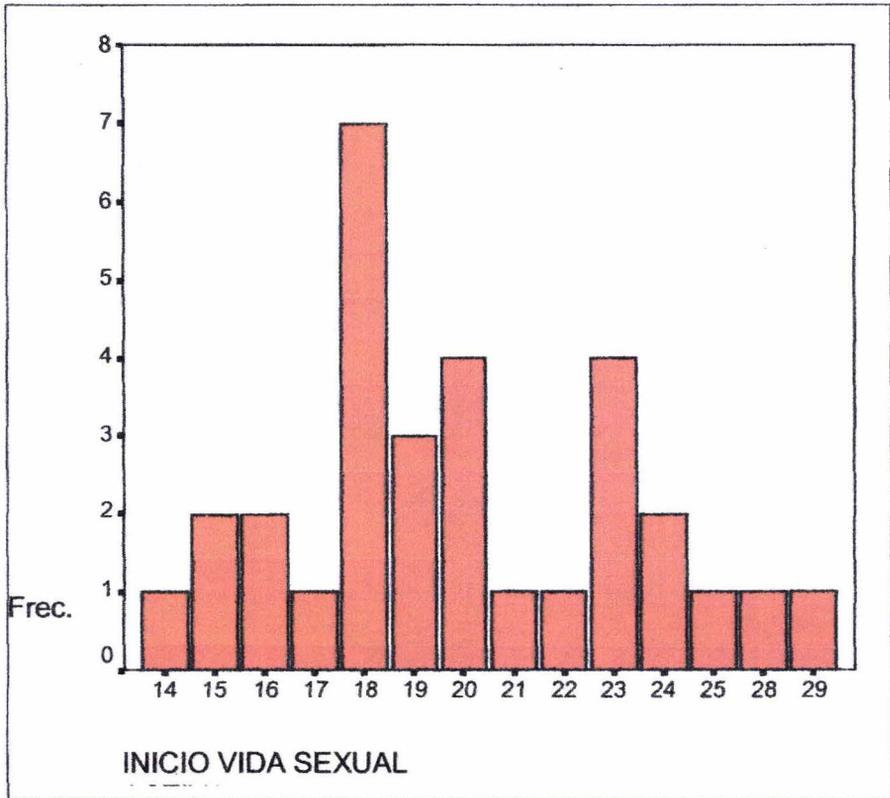
MENARCA		
N	Valido	3
	Perdidos	0
Media		13.4
Mediana		13.0
Std. Desviacion		1.7
Variable		3.1
Sesao		.70
Std. Error sesao		.42
Kurtosis		.32
Std. Error of		.82
Minim		1
Maxim		1

MENARCA-				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Valido 1	4	12.	12.	12.
1	7	22.	22.	35.
1	5	16.	16.	51.
1	9	29.	29.	80.
1	2	6.	6.	87.
1	2	6.	6.	93.
1	1	3.	3.	96.
1	1	3.	3.	100.
Tot	3	100.	100.	



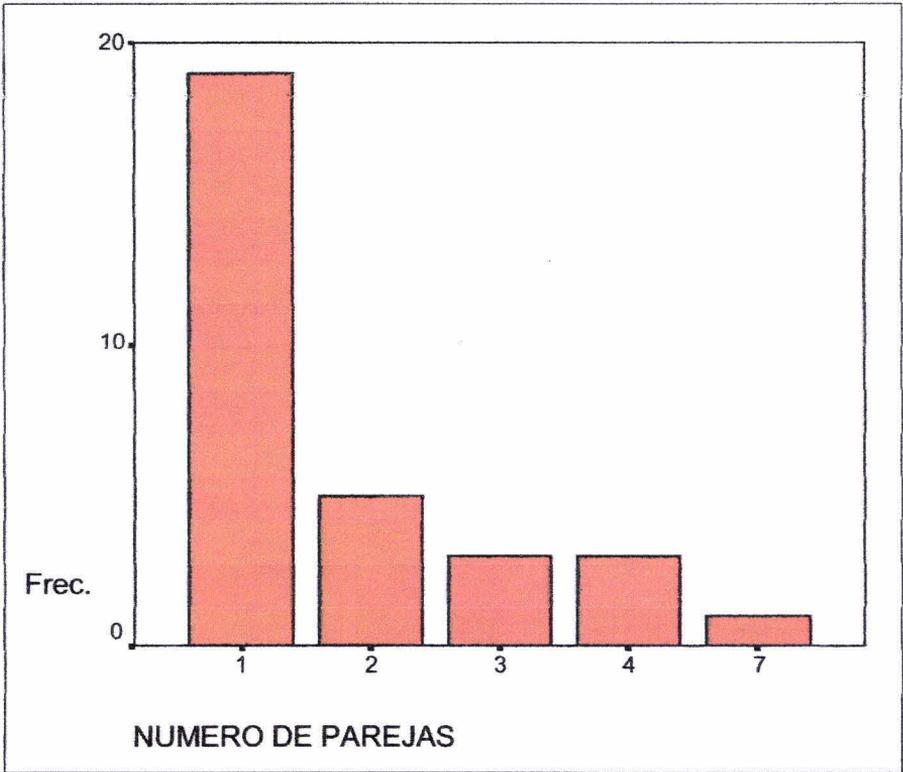
INICIO VIDA SEXUAL ACTIVA		
N	Valido	3
	Perdidos	0
Media		20.
Mediana		19.
Std. Desviacion		3.6
Variabilidad		13.
Sesgo		.65
Std desviacion de sesgo		.42
Kurtosis		.15
Std. Error de Kurtosis		.82
Minimo		1
Maximo		2

INICIO VIDA SEXUAL ACTIVA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Valido	14	1	3.2	3.2	3.2
	15	2	6.5	6.5	9.7
	16	2	6.5	6.5	16.1
	17	1	3.2	3.2	19.4
	18	7	22.6	22.6	41.9
	19	3	9.7	9.7	51.6
	20	4	12.9	12.9	64.5
	21	1	3.2	3.2	67.7
	22	1	3.2	3.2	71.0
	23	4	12.9	12.9	83.9
	24	2	6.5	6.5	90.3
	25	1	3.2	3.2	93.5
	28	1	3.2	3.2	96.8
	29	1	3.2	3.2	100.0
Total		31	100.0	100.0	



NUMERO DE PAREJAS SEXUALES		
N	Validos	3
	Perdidos	0
Media		1.8
Mediana		1.0
Std. Desviacion		1.3
Variabilidad		1.9
Sesgo		2.1
Std. Error de sesgo		.42
Kurtosis		5.2
Std. Error de Kurtosis		.82
Minimo		1
Maximo		7

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje Acumulado
Valido 1	1	61.	61.	61.
2	5	16.	16.	77.
3	3	9.	9.	87.
4	3	9.	9.	96.
7	1	3.	3.	100.
Tot	3	100.	100.	



GESTACIONES		
N	Validos	31
	Perdidos	0
Media		2.84
Mediana		3.00
Std. Desviacion		1.85
Variabilidad		3.41
Sesgo		.899
Std. Error de sesgo		.421
Kurtosis		1.172
Std. Error de kurtosis		.821
Minimo		0
Maximo		8

GESTACIONES				
	Frecuencia	porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje Acumulado
Valido 0	2	6.	6.	6.
1	6	19.	19.	25.
2	5	16.	16.	41.
3	1	32.	32.	74.
4	3	9.	9.	83.
5	3	9.	9.	93.
7	1	3.	3.	96.
8	1	3.	3.	100
Tot	3	100	100	

EDAD PRIMERA GESTACION		
N	Validos	31
	Perdidos	0
Media		21.74
Mediana		24.00
Std. Desviacion		7.46
Variabilidad		55.66
Sesgo		-1.455
Std. Error de sesgo		.421
Kurtosis		3.187
Std. Error de Kurtosis		.821
Minimo		0
Maximo		34

EDAD PRIMERA GESTACION

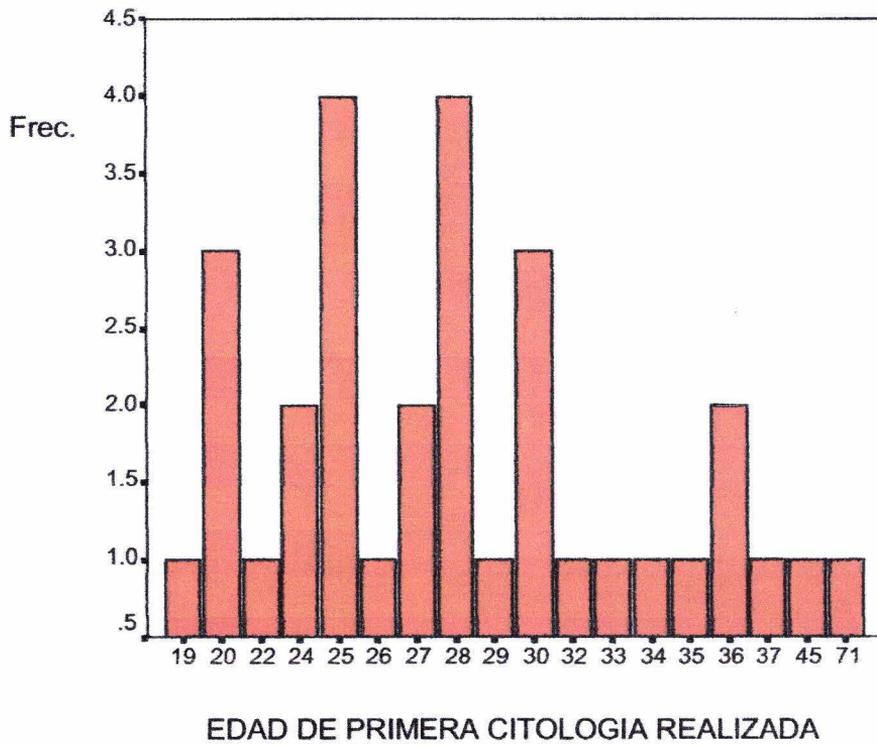
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido 0	2	6.	6.	6.
1	4	12.	12.	19.
1	2	6.	6.	25.
1	3	9.	9.	35.
2	1	3.	3.	38.
2	1	3.	3.	41.
2	2	6.	6.	48.
2	5	16.	16.	64.
2	1	3.	3.	67.
2	4	12.	12.	80.
2	1	3.	3.	83.
2	2	6.	6.	90.
3	1	3.	3.	93.
3	1	3.	3.	96.
3	1	3.	3.	100.
Tot	3	100.	100.	

EDAD DE PRIMERA CITOLOGIA REALIZADA

N	Validos	31
	Perdidos	0
Media		29.65
Mediana		28.00
Std. Desviacion		9.64
Variabilidad		92.84
Sesgo		2.802
Std. Error de sesgo		.421
Kurtosis		11.012
Std. Error de Kurtosis		.821
Minimo		19
Maximo		71

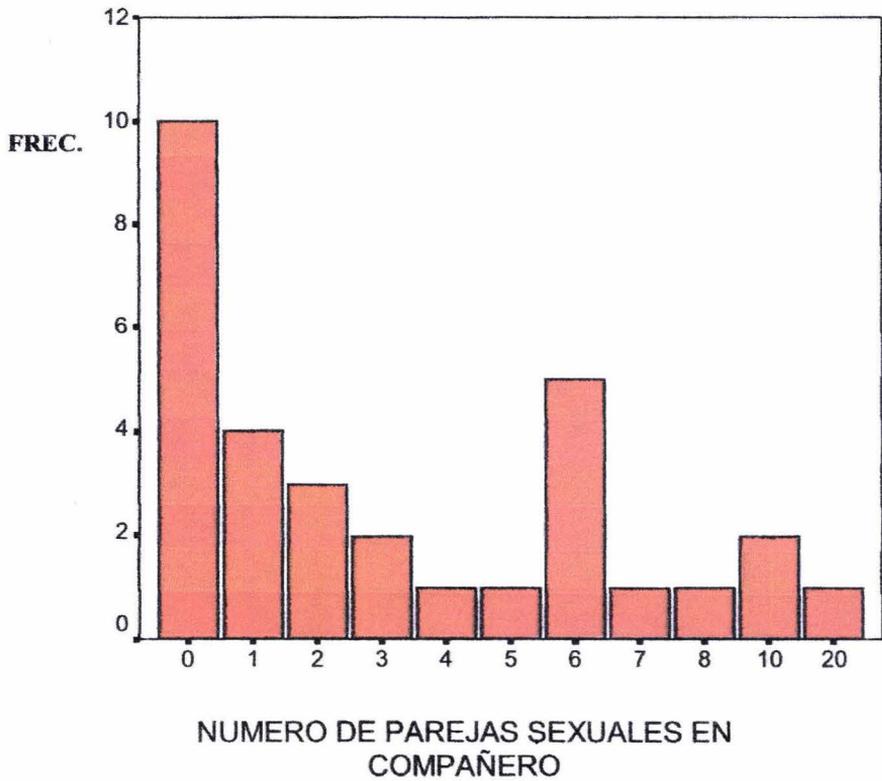
EDAD DE PRIMERA CITOLOGIA

	Frecuencia	Porcent	Porc. valido	Porc. Acumul.
Valido 19	1	3.2	3.2	3.2
20	3	9.7	9.7	12.9
22	1	3.2	3.2	16.1
24	2	6.5	6.5	22.6
25	4	12.9	12.9	35.5
26	1	3.2	3.2	38.7
27	2	6.5	6.5	45.2
28	4	12.9	12.9	58.1
29	1	3.2	3.2	61.3
30	3	9.7	9.7	71.0
32	1	3.2	3.2	74.2
33	1	3.2	3.2	77.4
34	1	3.2	3.2	80.6
35	1	3.2	3.2	83.9
36	2	6.5	6.5	90.3
37	1	3.2	3.2	93.5
45	1	3.2	3.2	96.8
71	1	3.2	3.2	100.0
Total	31	100.0	100.0	



NUMERO DE PAREJAS SEXUALES EN COMPAÑERO		
N	Valido	31
	Perdidos	0
Media		3.55
Mediana		2.00
Std. Desviacion		4.39
Variabilidad		19.26
Sesgo		1.970
Std. Error de sesgo		.421
Kurtosis		5.374
Std. Error de Kurtosis		.821
Rango		20
Minimo		0
Maximo		20

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES EN COMPAÑERO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido	0	1	32.	32.	32.
	1	4	12.	12.	45.
	2	3	9.	9.	54.
	3	2	6.	6.	61.
	4	1	3.	3.	64.
	5	1	3.	3.	67.
	6	5	16.	16.	83.
	7	1	3.	3.	87.
	8	1	3.	3.	90.
	1	2	6.	6.	96.
	2	1	3.	3.	100.
Tot	3	100.	100.		



TABAQUISMO

N	Valido	3
	Perdido	0
Media		1.8
Mediana		2.0

TABAQUISMO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido S	4	12.	12.	12.
N	2	87.	87.	100
Tot	3	100	100	

TRATAMIENTO MEDICO PREVIO

N	Valido	3
	Perdido	0
Media		1.5
Mediana		2.0

TRATAMIENTO MEDICO PREVIO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido S	1	48.	48.	48.
N	1	51.	51.	100
Tot	3	100	100	

PRURITO

N	Valido	3
	Perdido	0
Media		1.5
Mediana		2.0

PRURITO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido S	1	41.	41.	41.
N	1	58.	58.	100
Tot	3	100	100	

SANGRADO POSTCOITO

N	Valido	3
	Perdido	0
Media		1.8
Mediana		2.0

SANGRADO POSTCOITO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Valido S	5	16.	16.	16.
N	2	83.	83.	100
Tot	3	100	100	

LEUCORREA

N	Valido	3
	Perdido	0
Media		1.3
Mediana		1.0

LEUCORREA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Valido S	2	64.	64.	64.
N	1	35.	35.	100
Tot	3	100	100	

RESULTADO DE LA PRIMERA CITOLOGIA

N	Valido	3
	Perdido	0
Media		1.2
Mediana		1.0

RESULTADO DE LA PRIMERA CITOLOGIA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Valido NORMAL	2	74.	74.	74.
ANORMAL	8	25.	25.	100
Tot	3	100	100	

COMPAÑERO CIRCUNCISION

N	Valido	3
	Perdidos	0
Media		1.8
Mediana		2.0

COMPAÑERO CIRCUNCISION

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje Acumulado
Valido 0	2	6.	6.	6.
S	2	6.	6.	12.
N	2	83.	83.	96.
SE	1	3.	3.	100
Tot	3	100	100	

ENFERMEDADES VENEREAS EN COMPAÑERO SEXUAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje Acumulado
Valido 0	3	9.	9.	9.
N	2	90.	90.	100
Tot	3	100	100	

ENFERMEDADES VENEREAS EN COMPAÑERO SEXUAL

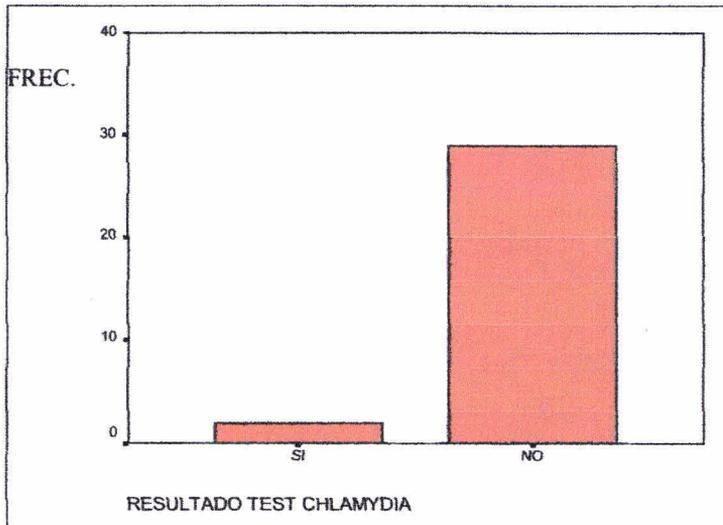
N	Valido	3
	Perdido	0
Media		1.8
Mediana		2.0

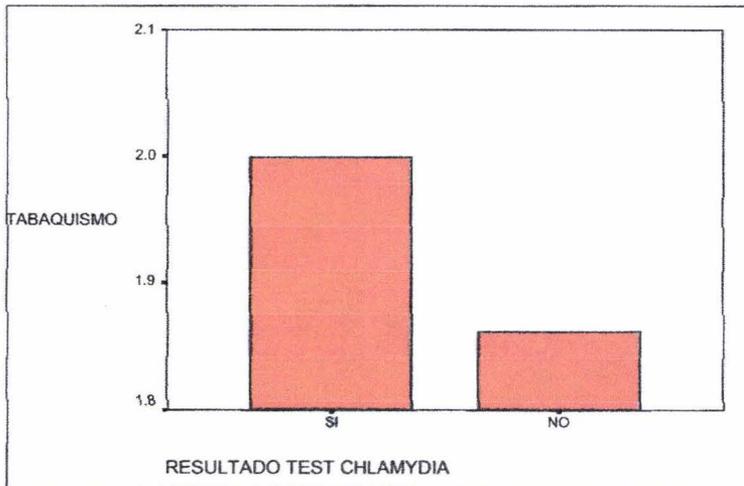
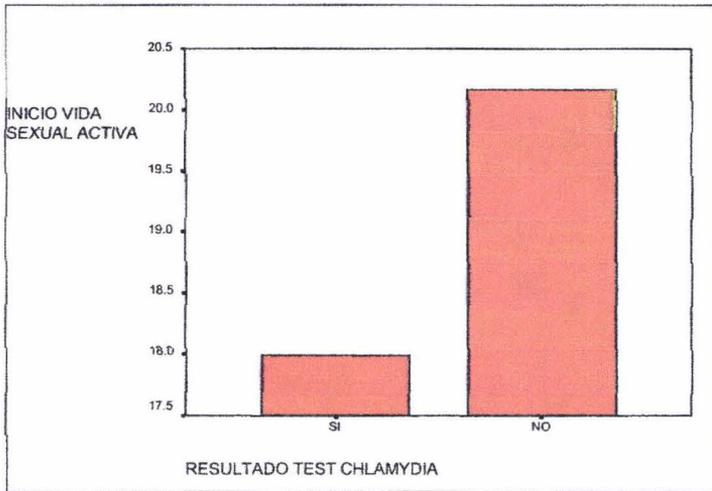
**RESULTADO TEST
CHLAMYDIA**

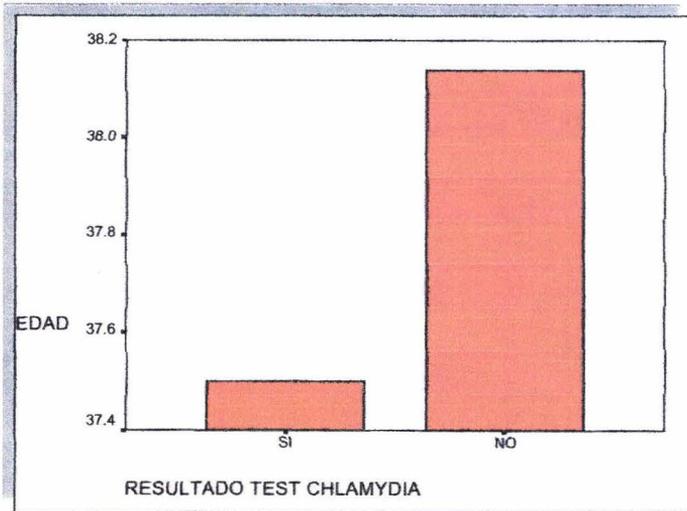
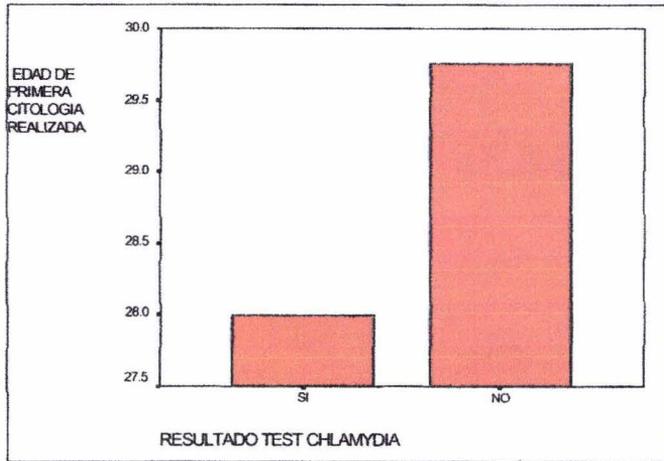
N	Valido	3
	Perdidos	0
Media		1.9
Mediana		2.0

RESULTADO TEST CHLAMYDIA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaie acumulado
Valido S	2	6.	6.	6.
N	2	93.	93.	100
Tot	3	100	100	







CONCLUSIONES

Se observó una prevalencia de infección por *Chlamydia trachomatis* en pacientes con Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo grado del 6.5% contra un 93.5% en el cual fue negativo. Estos resultados son similares a los reportados en la literatura como en el estudio realizado en Rusia¹⁶ en el cual el grupo estudiado fueron 423 mujeres con diagnóstico de displasia y 108 controles normales, encontrando una prevalencia del 5.7% en pacientes con LEIBG, a diferencia de la literatura encontrada en nuestro país¹⁷ que nos habla de una prevalencia del 32.4.

Se encontró un factor que si es significativo en las pacientes con LEIBG e infección por *Chlamydia trachomatis*: el número de parejas sexuales que expresó una mediana de 0.034.

El presente estudio aunque si abarca un 80% de la población estudiada en nuestro servicio de colposcopia, es muy pequeño todavía para hablar de una población verdaderamente significativa, es necesario continuar con esta investigación ya que además hacen falta en nuestro país más estadísticas al respecto.

Por último aunque la prevalencia demostrada no fue muy elevada, no se termina de descartar que la infección por *Chlamydia trachomatis* no sea un factor junto con el VPH que predispongan al desarrollo de displasias cervicales.

BIBLIOGRAFIA

-
- ¹ Zavadilova H; Habanec B; Mendl V. Viral and chlamydial diseases of the uterine cervix-histocytological correlates. *Cesk Patol.* Nov 1999. Vol 5, Issue 4, Pages 217-25.
- ² Camejo; Mata; Diaz. Changes in cervical cytology and immune response against *Chlamydia trachomatis* in sexual workers. *Invest Clin.* Dec 2003. Vol. 44. Issue 4. Pages 319-26.
- ³ Henry-suchet J. Sexually transmitted diseases in adolescent girls. *Contracept Fertil Sex (Paris).* April 1987. Vol 15. Issue 4. Pages 413-6.
- ⁴ Edelman; Fox; Alderman; Neal. Cervical papanicolaou smear abnormalities and *Chlamydia trachomatis* in sexually active adolescent females. *J Pediatr adolesc Gynecol.* May 2000. Vol 13. issue 2. Pages 65-9.
- ⁵ Ryan. *Kistners gynecology & Women's Health*, 7th ed., 455-470. 1999 Mosby, Inc.
- ⁶ Melnick, Adelberg. *Microbiología Medica de Jawetz.. Manual Moderno.*326-328. México. 1992.
- ⁷ *Emergency Medicine Clinics of North America.* Vol 21, Number 3, august 2003. Saunders Company.
- ⁸ 2002 CDC Guides
- ⁹ Trejo, Hurtado, De la Torre, Lopez. *Atlas de patología cervical.* Pág. 33. México. 1999
- ¹⁰ Trejo, Hurtado, De la Torre, Lopez. *Atlas de patología cervical.* Pág. 59. México. 1999
- ¹¹ Trejo, Hurtado, De la Torre, Lopez. *Atlas de patología cervical.* Pág. 47-49. México. 1999.
- ¹² Apgar, Brotzman, Spitzer. *Colposcopia. Principios y practica.* Megraw-Hill. Pags 241-253. México.2003.
- ¹³ Trejo, Hurtado, De la Torre, Lopez. *Atlas de patología cervical.* Pág. 100. México. 1999
- ¹⁴ Wallin; Wiklund; Luostarine. A population based prospective study of *Chlamydia trachomatis* infection and cervical carcinoma.. *Int J. Cancer* 2002;101:371-4

¹⁵ Schachter. Chlamydia trachomatis infection in women with and without cervical Intraepithelial neoplasia. Int J. STD AIDS 1999;10:33-3.

¹⁶ Schachter. Chlamydia trachomatis infection in women with and without cervical Intraepithelial neoplasia. Int J. STD AIDS 1999;10:33-3.

¹⁷ Gonzalez; Flores; Gomez; Montero. Association of Chlamydia Trachomatis and human papilloma virus as predisposing factors in cervical intraepithelial neoplasia. Ginecol Obst.Mex.1995;63:422-6.