

Enfermedades de Transmisión Sexual: Aproximación Clínica para el Médico Familiar

Dra. Angélica Montt Bagoni
Residente de Tercer año del
Programa de Medicina Familiar
Mención Adulto, Pontificia
Universidad Católica de Chile.
Email: angelicam@terra.cl

RESUMEN

Introducción: Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) comprenden una amplia gama de patologías de diversa presentación. Su importancia radica no sólo en la sintomatología de quien la padece, sino también en las importantes secuelas asociadas que pueden afectar a hombres, mujeres y niños. Además, implica involucrarse en la intimidad no sólo de una persona, sino también de su o sus parejas, por lo que es un tema que el médico de familia debe conocer y manejarse adecuadamente para un diagnóstico correcto y tratamiento eficaz.

Objetivos: El presente artículo intentará dar un enfoque de aproximación clínica sindromática de las ETS más prevalentes que pueden llevar a consultar a un médico familiar. Por otro lado,

pretende que cada lector cuestione su resolutiveidad con respecto a este tema, motivando así el interés por ampliar la información que aquí se entregará. Por último, se darán a conocer métodos diagnósticos y alternativas terapéuticas en boga para cada una de las patologías que se presentarán.

Introducción

Cuando hablamos de ETS, nos referimos a un grupo heterogéneo de patologías que comparten la vía sexual como mecanismo de transmisión¹. En este artículo, abordaremos las ETS sin involucrar el tema VIH-SIDA, puesto que este último es un gran capítulo de la Medicina actual, que constituye un tópico más amplio importante de ser tratado como tema especial.

La importancia de las ETS radica principalmente en las complicaciones y secuelas que afectan especialmente a las mujeres (infertilidad, embarazo ectópico, procesos inflamatorios pélvicos-PIP) y a los niños (sífilis congénita, conjuntivitis gonocócica neonatal). En los hombres pueden ocasionar estenosis uretral e infertilidad. Por otro lado, incrementan la transmisibilidad del VIH desde y hacia los infectados por ETS^{1,2}.

En nuestro país, la notificación de las ETS comenzó de manera regular en 1963, siendo la Sífilis, la patología que era de notificación obligatoria. En 1981

se inició la notificación de gonorrea. Ambas enfermedades se incluyen en los anuarios de enfermedades de notificación obligatoria del MINSAL y, de acuerdo a eso, se hace un análisis de curva de tendencia de ETS. En cuanto a la notificación de las otras ETS, podemos decir que es mínima, lo que podría estar relacionado con carencia de medios diagnósticos, falta de definición de casos apropiados, desconocimiento de cuadro clínico, entre otros¹.

En 1999, CONASIDA realizó un sistema de vigilancia centinela en 6 Servicios de Salud del país. Representó el 20% de la población estimada para Chile en ese año. Se obtuvo la información de Centros de ETS, incluyendo así, consultas espontáneas y referidas de otros Servicios y casos de ETS detectados en el Control de salud sexual a personas que trabajan en el comercio sexual. Sabiendo que es una población bastante seleccionada, los datos obtenidos muestran que las ETS más frecuentes en hombres fueron gonorrea (31%), sífilis (28,4%), condiloma acuminado (17,6%) y uretritis no gonocócica (UNG) (12,7%). En las mujeres, las patologías de mayor presentación fueron: condiloma acuminado (21,4%), vaginosis bacteriana (19,3%), candidiasis genital (15,2%) y sífilis (15,0%)³.

Clasificación

Las ETS se pueden clasificar de acuerdo a distintos criterios: por patología

específica, por Agente etiológico, por síndromes de ETS y según importancia de la vía sexual como mecanismo de transmisión. A manera de ilustración, se expone la clasificación dada por el MINSAL según patología específica¹ (Tabla 1).

Quizás, la manera más adecuada al trabajo de un médico de atención primaria es abordar la patología desde el punto de vista sindromático, ya que es así como se presenta el paciente, y no con el rótulo de una enfermedad específica. A continuación se exponen algunos de los síndromes más frecuentes de presentación de las ETS, incluyendo elementos que ayudan al diagnóstico diferencial y a un adecuado manejo.

Paciente con descarga uretral

Al presentarse un paciente con secreción uretral, debemos tener en cuenta algunas características del cuadro clínico que nos harán distinguir una uretritis gonocócica de una UNG. En la primera, la descarga uretral es purulenta o mucopurulenta, espesa y amarillenta; frecuentemente se acompaña de disuria y un aumento en la frecuencia miccional. En el caso de las UNG, la secreción es más escasa, de aspecto más claro y se acompaña de disuria leve^{1,2,4}.

La gonorrea es una enfermedad causa-

da por *Neisseria gonorrhoeae*, diplococo gram negativo. Es más prevalente entre adolescentes y adultos jóvenes, pero puede afectar a toda edad. El período de incubación promedio es de 2-4 días, con un rango entre 1-20 días. Puede manifestarse también como proctitis, faringitis, conjuntivitis y oftalmia gonocócica neonatal. La gonorrea se puede resolver espontáneamente en algunas semanas, pero aproximadamente el 10% de los hombres infectados se mantiene como portador asintomático. La gonorrea puede presentar complicaciones como epididimitis, estrechez uretral y prostatitis; en mujeres PIP e infertilidad. Las complicaciones sistémicas son escasas (3%), pero son más frecuentes en mujeres en período de menstruación, e incluyen: artritis, tenosinovitis, rash, fiebre^{1,2,5,6}.

Las UNG tienen como agente etiológico más importante a *Chlamydia trachomatis* (50%); los otros agentes involucrados son: *Ureaplasma urealyticum* (10-20%), *Mycoplasma hominis* (raro), *Trichomonas vaginalis* (raro), virus *Herpes simplex* (raro). La UNG es más prevalente en adolescentes y adultos jóvenes, siendo de menor frecuencia en el adulto mayor. El período de incubación es de 1-3 semanas. El 25-50% de los pacientes puede ser asintomático. Puede haber resolución espontánea, así como puede evolucionar a prostatitis, epididimitis, síndrome de Reiter (conjuntivitis,

poliartritis, úlceras orales, dermatitis). En mujeres puede producir cervicitis, salpingitis^{1,2}.

Es importante tener en cuenta que hay una coexistencia de gonorrea con UNG en alrededor de 20% en hombres y 50% en mujeres⁴.

En cuanto al **Diagnóstico**, podemos decir que es fundamental obtener una historia clínica y un examen físico detallados. Un test que se puede utilizar es la Tinción de Gram de secreción uretral, la que nos ayudará al diagnóstico de uretritis (mayor a 4 leucocitos por campo), y a diferenciar Gonorrea (diplococos gram negativos intracelulares) de UNG (ausencia de diplococos gram negativos intracelulares). Sin embargo, existe la posibilidad que haya diplococos gram negativos extracelulares o microorganismos intracelulares morfológicamente atípicos, en ese caso el Gram es equívoco y es necesario hacer un cultivo (Thayer Martin). Este último se debería hacer también para el diagnóstico en mujeres (cultivo de secreción endocervical) y cuando se sospecha proctitis gonocócica^{1,2}.

Sobre el **Tratamiento**, se sugiere que en el caso de no existir la posibilidad de hacer un diagnóstico preciso, se realice un tratamiento empírico que cubra ambas etiologías, controlando al término del tratamiento, investigando la adherencia al tratamiento y la posibilidad de reinfección si es que persisten los síntomas. En ese caso se puede intentar tratar nuevamente o derivar para mayor estudio. Siempre debemos evaluar y tratar a la pareja y recomendar abstinencia sexual. Por último, se sugiere estudio con VDRL y VIH^{1,2,8}.

Sobre el tratamiento específico, se exponen las alternativas propuestas por el MINSAL para la terapia farmacológica de Gonorrea y UNG (Tabla 2), cabe señalar que sería interesante evaluar la efectividad de la azitromicina, ya que

Tabla 1. Clasificación de Enfermedades de Transmisión Sexual por Patología Específica

Sífilis	Hepatitis B
Gonorrea	Hepatitis C
Uretritis no gonocócica	Paraparesia espástica (VLTH 1)
Herpes genital	SIDA (VIH)
Condiloma acuminado	Linfogranuloma venéreo
Tricomoniasis	Pediculosis pubis
Vaginosis bacteriana	Sarna
Candidiasis genital	Enteroparasitosis (contacto fecal-oral)
Molusco contagioso	

Tabla 2. Tratamiento de Gonorrea y Uretritis no Gonocócica

Gonorrea Genital y no complicada	Uretritis no gonocócica
Ciprofloxacino 500 mg vo dosis única días	Doxiciclina 100 mg vo cada 12 hrs por 7 días
Azitromicina 1 gramo vo dosis única	Azitromicina 1 gramo vo dosis única
Espectinomicina 2 gramos im dosis única	
Ceftriaxona 250 mg im dosis única	
Embarazo: Espectinomicina, Ceftriaxona, Azitromicina en iguales dosis a las anteriores	Embarazo: Azitromicina en igual dosis y eritromicina 500 mg vo cada 6 hrs por 7 días

esta droga no aparece mencionada en estudios extranjeros para el tratamiento de la gonorrea (sí para UNG), pero el MINSAL la recomienda para ambas etiologías¹. Una revisión en la base de datos Bandolier sobre estudios randomizados controlados que comparan azitromicina 1 gramo vo con doxiciclina 100 mg vo cada 12 hrs por 7 días para el tratamiento de uretritis causada por *C. Trachomatis* serovar D-K (9 estudios; sin embargo, sólo 2 de ellos doble ciego, con diferencias entre estudios), mostró tasas de cura idénticas entre ambos tratamientos a las 2 semanas, con mayor recaída en el grupo tratado con doxiciclina a las 5 semanas. Los efectos adversos fueron leves y similares. A pesar de estos resultados, es necesario continuar con la investigación debido a las deficiencias metodológicas anteriormente mencionadas y a que

muestra un cumplimiento ideal en la toma de los medicamentos, lo que sabemos que no ocurre en la realidad⁹. Un pequeño estudio randomizado doble ciego, mostró que una sola dosis de azitromicina (1 gramo vo) tenía efectividad similar a un régimen de 7 días con doxiciclina en el tratamiento de uretritis no gonocócica, pero también en gonorrea¹⁰.

Es importante señalar que los últimos 40 años ha aumentado mucho la resistencia gonocócica a Penicilina (por cambio de permeabilidad de la membrana celular a penicilina y por producción de penicilinasas). Se cree que actualmente las cepas gonocócicas resistentes alcanzarían al 5% en Estados Unidos. Se recomienda utilizar penicilina sólo si se logra demostrar que es un gonococo sensible⁴.

Paciente con Úlceras Genitales

Las lesiones genitales facilitan la transmisión del VIH, de ahí la relevancia de éstas². Dentro del diagnóstico diferencial, podemos incluir: *Herpes simplex* genital (VHS), Sífilis primaria, chancroide, linfogranuloma venéreo.

Algunas características clínicas que pueden orientar nuestro diagnóstico son: (Tabla 3)¹¹.

Es importante señalar que las **lesiones herpéticas** van precedidas de síntomas prodrómicos como prurito, ardor. Por otro lado, la infección por VHS se caracteriza por períodos de latencia y reactivaciones. El 80% de los casos presenta recurrencia, la que se relaciona con stress, fiebre, menstruación, como desencadenantes. La excreción viral, cuando es una primoinfección, puede durar alrededor de tres semanas, mientras que en las recurrencias esto se acorta a aproximadamente 10 días¹².

Recordemos, también, que el chancro es la lesión de la **sífilis primaria**, de base limpia e indurado; habitualmente único, pero puede ser múltiple. Los síntomas aparecen entre 3-90 días después de la infección, con promedio de 3 semanas. Se resuelve espontáneamente en 3-6 semanas sin tratamiento¹².

Tabla 3. Características Clínicas de Úlceras Genitales

Causas	Nº/Tamaño	Dolor	Apariencia	Nódulos Inguinales
VHS	Múltiples úlceras, 2-10 mm	Habitual	Borde eritematoso rodea lesiones. Muchos estados	Presentes en primoinfección. Varía en recurrencias
Sífilis 1 ^a	Lesión única; >1 en 50% series. Tamaño varía	Habitual sin dolor	Base relativamente limpia, borde indurado.	Presentes e indoloros.
Chancroide	Habitual lesión única. Variación tamaño	Habitual	Base necrótica, borde no indurado.	Presente en 50%. Indoloros y unilaterales.
Linfogranuloma venéreo	Lesión única de 1-2 mm, corta duración	Sólo ocasionalmente	Ulceración superficial con base limpia.	Habitualmente aparecen después de resolución, dolorosos, bilaterales en 1/3

El **chancroide** es endémico en algunas áreas de USA; es causado por el *Haemophilus ducreyi*, bacilo gram negativo. Principalmente produce úlceras dolorosas acompañadas de adenopatía regional².

El **linfogranuloma venéreo** es causado por un agente del grupo de las *Chlamydia*s serovar L1-L3. La lesión es una pequeña pápula indolora con linfadenopatía que puede llegar a supurar^{2,8}.

En cuanto al **diagnóstico de laboratorio**, existen algunas pruebas para enfermedades específicas. Por ejemplo, para el caso del herpes genital, existen exámenes como la reacción en cadena de polimerasa, serología y el test de Tzank; sin embargo, el diagnóstico sigue siendo fundamentalmente clínico.^{1,2,8} La sífilis primaria puede ser diagnosticada mediante tests no treponémicos, los cuales son bastante sensibles pero no muy específicos. (Sensibilidad de VDRL: 78%, RPR: 86%; especificidad de 70%)¹². El VDRL puede llegar a tener hasta un 30% de falsos positivos. Estas pruebas se positivizan entre 4-6 semanas después de la infección, ó 1-3 semanas después de la aparición de la lesión, por lo que pueden resultar negativas cuando se hacen muy precozmente. Los tests treponémicos como el FTA-Abs, MHA-TP se positivizan antes en la sífilis primaria, pero no se correlacionan con la actividad de la enfermedad, por lo que no serían útiles en el seguimiento^{2,4,12}.

Sobre el **Tratamiento**, podemos decir que, según el MINSAL, las lesiones herpéticas deben recibir como terapia, en primoinfección, acyclovir 200 mg vo 5 veces al día por 7 días y por 5 días en caso de recurrencia durante la terapia de supresión¹. El tratamiento iniciado en forma precoz, es decir, dentro de las 48 horas de iniciado el cuadro, acorta el curso de la enfermedad en poco menos de un día cuando corresponde a una recurrencia¹¹. El tratamiento tópico no

estaría recomendado por ser inefectivo. Otros antivirales que se han probado para el tratamiento de estas lesiones son el valacyclovir, el cual sería comparable al acyclovir en eficacia, y el famciclovir, el cual se ha comparado sólo con placebo. Esos nuevos antivirales son de mayor biodisponibilidad oral que el acyclovir, pero también de mayor costo^{13,14}. El tratamiento de supresión está recomendado cuando hay 6 o más recurrencias en un año, y consiste en acyclovir 400 mg vo cada 12 horas por 6 meses¹.

La recomendación internacional actual para el tratamiento de la Sífilis primaria es Penicilina Benzatina 2.400.000 UI im por una vez. En Chile aún se recomienda repetir a la semana, sin embargo, no hay buena evidencia que respalde esa recomendación. En caso de alergia, se sugiere tetraciclina 500 mg vo cada 6 horas por 15 días, o doxiciclina 100 mg vo cada 12 horas por 15 días¹.

El tratamiento del chancroide se realiza con azitromicina 1 gramo vo o ceftriaxona 250 mg im. El linfogranuloma venéreo puede ser tratado con doxiciclina 100 mg cada 12 hrs por 21 días^{2,8}.

Recordar siempre el estudio y tratamiento de la pareja y la recomendación de abstinencia sexual mientras dure esta evaluación y manejo^{1,2,8}.

Paciente con Leucorrea

Cuando recibimos una paciente que presenta secreción vaginal, y por algún motivo no podemos enviarla a matrona o ginecólogo, nuestra formación clínica nos puede ayudar a resolver el problema de la paciente.

Debemos tener en cuenta que dentro de las **etiologías**, la más frecuente es la vaginosis bacteriana; patología que ha sido asociada a *Gardenerella vaginalis*

como agente principal, pero también a otros como *Bacteroides* spp, *Mobiluncus* spp, Cocos anaerobios gram positivos y *Mycoplasma hominis*^{1,2,15}.

Las otras causas de flujo vaginal, muestran relación con la *Trichomona vaginalis* y la *Candida albicans*.

Las **características clínicas** de la secreción vaginal puede resultar bastante orientadora: en el caso de la vaginosis, es una secreción escasa o abundante, adherente, de color grisácea, con un característico "olor a pescado". La paciente no se queja de prurito, disuria ni dispareunia^{1,2}. El 25-33% de las mujeres afectadas son asintomáticas^{16,17,18}. Los factores de riesgo descritos para la vaginosis son: uso de dispositivo intrauterino, embarazo y promiscuidad^{19,20,21}. A pesar de lo anterior, aún existe controversia respecto a la transmisión sexual de la vaginosis bacteriana, ya que se ha visto en mujeres que son sexualmente inactivas²². El tratamiento de los hombres no ha resultado en mejorar las tasas de cura o disminución del riesgo de recurrencia²³.

Cuando se trata de una Candidiasis, el flujo es blanco grumoso, sin mal olor. Se acompaña de disuria, prurito importante, eritema y edema vulvar^{1,2}. Los factores de riesgo asociados a este agente son: diabetes mellitus, embarazo, uso de antibióticos^{24,25,26}.

En el caso de una Tricomoniiasis, la secreción es variable en cuantía, de color amarillo verdosos o blanca, de mal olor, con burbujas de aire, inflamación y excoriación vulvar^{1,2}.

La importancia de estas enfermedades radica en las patologías relacionadas a ellas. Por ejemplo, la vaginosis bacteriana, se asocia con infección post histerectomía²⁷, enfermedad inflamatoria pélvica post aborto²⁸ y mayor riesgo de corioamnionitis en embarazadas²⁹. Además, algunos estudios muestran que la

infección por *Trichomonas* aumentaría la tasa de transmisión de otras ETS, incluyendo VIH^{30,31}

Como ya dijimos, es muy importante el diagnóstico clínico, especialmente para hacer la distinción con la cervicitis, por lo que cabe la pregunta ¿debe el médico familiar estar capacitado para hacer una especuloscopia? La respuesta puede ser contestada en positivo con el argumento referente a la probable tentación de tratar sin realizar un examen físico, escapándose así la posibilidad de observar secreción del cérvix. Quizás este sea uno más de los temas que serán debatidos en un futuro próximo en relación a nuestro rol de médicos familiares.

No olvidemos el **diagnóstico diferencial** de la secreción vaginal observando cuidadosamente en la historia y examen físico: dolor abdominal o pélvico, fiebre y condiciones asociadas como diabetes mellitus, inmunosupresión, lesiones genitales.

Existen algunas pruebas de laboratorio que pueden utilizarse en caso de duda diagnóstica, como test de amina positivo y clue cells (vaginosis); examen microscópico, cultivo de secreción (candidiasis, tricomoniasis)^{1,2}.

En el **tratamiento** podemos decir, que para vaginosis se recomienda el uso de metronidazol 2 gramos vo en dosis única o 500 mg vo cada 12 horas por 7 días. No se recomienda tratar a la pareja^{1,2,15}.

Para la *candidiasis*, se recomienda el uso de fluconazol 150 mg vo en dosis única, clotrimazol 500 mg intravaginal en dosis única ó 200 mg/ día intravaginal por 3 días. No recomendado el tratar a la pareja^{1,2,15}.

El tratamiento de la Tricomoniasis se realiza igual que la vaginosis, con la diferencia que en este cuadro sí se recomienda el tratar a la pareja^{1,2,15}.

Otras consideraciones

Es muy importante considerar siempre que estamos hablando de enfermedades que se transmiten por vía sexual, por lo que no debemos olvidar educar siempre a nuestros pacientes. Recordar ser muy cuidadosos en nuestras explicaciones, ya que estamos hablando de temas que comprometen la intimidad de una persona y su vida en pareja, y buscar ayuda especializada e informarse adecuadamente antes de dar un contenido a un paciente del cual no se está seguro y que le puede traer complicaciones en su vida afectiva.

Por otro lado, nos parece importante recordar que las ETS pueden asociarse. Por tal motivo, si tenemos las posibilidades, debiéramos completar el estudio básico para al menos VIH y sífilis. En el caso de no contar con medios, recordemos que a nivel secundario existen los Centros de atención de ETS que atienden consulta espontánea como pacientes derivados de otros centros (atención primaria, urgencia) y trabajadores sexuales que se realizan su control de salud sexual. Esos Centros cuentan con los medios para realizar un apropiado estudio y tratamiento de las ETS, por lo que es relevante considerar la derivación en los casos que no podamos cumplir con un adecuado manejo de nuestros pacientes³.

REFERENCIAS

- 1.- Normas de Manejo y Tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual. República de Chile. Ministerio de Salud. Comisión Nacional del SIDA. Área ETS. Santiago de Chile, año 2000.
- 2.- Centers for Disease Control and Prevention. 1998 Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1998; 47: 1.
- 3.- Boletín ETS Boletín Epidemiológico N° 2. Enfermedades de Transmisión sexual. Chile. Ministerio de Salud. Co-

misión Nacional del SIDA. Área Enfermedades de Transmisión Sexual. Mayo 2000.

- 4.- GOROLLA H, MULLEY A G. Primary Care Medicine. Office Evaluation and Management of the Adult Patient. Cuarta Edición. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia. USA. 2000.
- 5.- HANDSFIELD H H, LIPMAN T O, HARNISCH J P et al. Asymptomatic gonorrhea in men. N Engl J Med 1974; 290 (3): 117-23.
- 6.- HOOK E W, HOLMES K K. Gonococcal infections. Ann Intern Med 1985; 102 (2): 229-43.
- 7.- SCHWARTZ M A, HOOTON T M. Etiology of nongonococcal nonchlamydial urethritis. Dermatol Clin 1998; 16 (4): 727-33.
- 8.- WOODWARD C, FISHER M. Drug Treatment of Common STDs: Part I. Herpes, Syphilis, Urethritis, Chlamydia and Gonorrhea. American Family Physician 1999; 60: 1387-94.
- 9.- Chlamydial STD Treatment 1996; 28-4. Base de datos Bandolier.
- 10.- STEINGRIMSSON O, OLAFSSON J H, THORARINSSON H, RYAN R W, JOHNSON R B, TILTON R C. Single dose azithromycin treatment of gonorrhea and infections caused by *C. trachomatis* and *U. urealyticum* in men. Sex Transm Dis 1994, 21 (1): 43-6.
- 11.- DORNBRAND LAURIE, HOOLE A J, FLETCHER R H. Manual of Clinical Problems in Adult Ambulatory Care. 3ª Edición. Lippincott Raven Publishers. Philadelphia. USA. 1997.
- 12.- BIRNBAUM N, GOLDSCHMIDT R, BUFFETT W. Resolving the common clinical dilemmas of syphilis. American Family Physician, Ap 15, 1999.
- 13.- FIFE K H, BARBARASH R A, RUDOLPH T, DEGREGORIO B, ROTH R. Valacyclovir versus acyclovir in the treatment of first episode genital herpes infection. Results of an international multicenter, double blind, randomized clinical trial. The valacyclovir International Herpes Simplex Virus Study Group. Sex Transm Dis 1997; 24: 481-6.

- 14.- MERTZ G J, LOVELESS M D, LEVIN M J, KRAUS S J, FOWLER S L, GOODE D et al. Oral famcyclovir for suppression of recurrent genital herpes simplex virus in women. A multicenter, double blind placebo, controlled trial. Collaborative Famcyclovir Genital Herpes Research Group. Arch Intern Med 1997; 157: 343-9.
- 15.- WOODWARD C, FISHER M. Drug Treatment of Common STDs: Part II. Vaginal infections, pelvic inflammatory disease and genital warts. American Family Physician 1999, 60: 1716-22.
- 16.- MCCUE J D. Evaluation and management of vaginitis. An update for primary care practitioners. Arch Intern Med 1989; 149: 565-8.
- 17.- HAY P E. Recurrent bacterial vaginosis. Dermatol Clin 1998; 16: 769-73, xii-xiii.
- 18.- SOBEL J. Bacterial vaginosis. Br J Clin Pract Infect 1990; 71(suppl): 65-9.
- 19.- KENT H L. Epidemiology of vaginitis. Am J Obstet Gynecol 1991; 165: 1168-76.
- 20.- HILL G B. The microbiology of bacterial vaginosis. Am J Obstet Gynecol 1993; 169: 450-4.
- 21.- HAUKKAMAN M, STRANDEN P, JOUSIMIES-SOMER H, SIITONEN A. Bacterial flora of the cervix in women using different methods of contraception. Am J Obstet Gynecol 1986; 154: 520-4.
- 22.- MONIF G R. Classification and pathogenesis of vulvovaginal candidiasis. Am J Obstet Gynecol 1985; 152: 935-9.
- 23.- ELTABBAKH G H, ELTABBAKH G D, BROEKHUIZEN F F, GRINER B T. Value of wet mount and cervical cultures at the time of cervical cytology in asymptomatic women. Obstet Gynecol 1995; 85: 499-503.
- 24.- FOXMAN B. The epidemiology of vulvovaginal candidiasis. Am J Public Health 1990; 80: 329-31.
- 25.- SOBEL J D, FARO S, FORCE R W, FOXMAN B, LEDGER W J, NYIRJESY P R et al. Vulvovaginal candidiasis: epidemiologic, diagnostic, and therapeutic considerations. Am J Obstet Gynecol 1998; 178: 203-11.
- 26.- SPINILLO A, CAPUZZO E, ACCIANO S, DE SANTOLO A, ZARA F. Effect of antibiotic use on the prevalence of symptomatic vulvovaginal candidiasis. Am J Obstet Gynecol 1999; 180: 14-7.
- 27.- LARSSON P G, PLATZ-CHRISTENSEN J J, FORSUM U, PAHLSON C. Clue cells in predicting infections after abdominal hysterectomy. Obstet Gynecol 1991; 77: 450-2.
- 28.- ESCHENBACH D A. Bacterial vaginosis and anaerobes in obstetric-gynecologic infection. Clin Infect Dis 1993; 16 (Suppl 4): S282-7.
- 29.- GOLDENBERG R L, THOM E, MOAWAD A H, JOHNSON F, ROBERTS J, CARITISS N. The preterm prediction study: fetal fibronectin, bacterial vaginosis, and peripartum infection. NICHD Maternal Fetal Medicine Units Network. Obstet Gynecol 1996; 87 (5 Pt 1): 656-60.
- 30.- LAGA M, MANOKA A T, KIVUVU M, MALELE B, TULIZA M, NZILA N et al. Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women: results from a cohort study. AIDS 1993; 7: 95-102.
- 31.- COTCH M F, PASTOREK J G 2D, NUGENT R P, YERG D E, MARTIN D H, ESCHEBACH D A. Demographic and behavioral predictors of Trichomonas vaginalis infection among pregnant women. The Vaginal Infections and Prematurity Study Group. Obstet Gynecol 1991; 78: 1087-92.