



Efraín de Jesús Gordillo García

Mario Morales Argueta

Cuadro comparativo


Sexualidad Humana


3°A

PASIÓN POR EDUCAR


Cuadro comparativo ITS

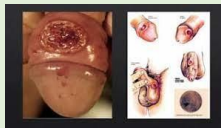
Herpes simple	Epidemiología	Cuadro clínico	Diagnóstico	Tratamiento
<p>se caracteriza por vesículas que curan de manera espontánea y tienden a recidivar, no dejan inmunidad por lo que la infección dura toda la vida; es producida por dos serotipos: VHS-1 y VHS-2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> no es obligatorio su reporte. Afecta a todas las razas y a ambos sexos se presenta a cualquier edad El VHS-1 por lo general afecta el rostro VHS-2 lo hace con los genitales La localización oral es la más común 	<ul style="list-style-type: none"> Estomatitis: gingivoestomatitis herpética, herpes labial. Genital: vulvovaginitis y balanitis herpética Otros: proctitis herpética y herpes perianal, panadizo herpético, queratoconjuntivitis, herpes diseminado y eccema herpético. 	<p>El diagnóstico es básicamente clínico, casi siempre, las vesículas agrupadas sobre una base eritematosa o úlceras pequeñas con la misma disposición, precedidas de ardor y prurito, así como la historia de recurrencia, son suficientes para efectuarlo.</p>	<p>No existe ningún tratamiento para la erradicación del virus</p> <p>Existen múltiples estudios que comparan la efectividad y tolerancia de diversos antivirales tópicos, con resultados variables entre sí</p>


Sífilis	Epidemiología	Cuadro clínico	tratamiento	Imagen
<p>Es una infección sistémica, de evolución subaguda o crónica, que cursa con periodos asintomáticos, ocasionada por una espiroqueta, <i>Treponema pallidum</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> La sífilis es una infección de distribución mundial Se presenta con la aparición de la penicilina Se incrementa por el uso de drogas , múltiples compañeros sexuales 	<ul style="list-style-type: none"> Sifilide maculosa o roséola sifilítica. Es una de las primeras en aparecer, se trata de una erupción macular con lesiones lenticulares rosadas Sifilide papulosa. Esta variedad por lo general afecta palmas y plantas, en donde son firmes, induradas, de color rojo Sifilide papulocostrosa. Es la manifestación más notoria, se ve sobre todo en el sitio de implantación del pelo Sifilide papuloescamosa o psoriasiforme. Las pápulas están cubiertas por escama blanquecina Sifilide papuloerosiva o condilomas planos. Se observa en sitios húmedos y calientes, como en límites de piel y mucosas de región anogenital y en pliegues. 	<p>Como desde su aparición, el tratamiento de elección continúa siendo la penicilina</p>	

Linfogranuloma	Fisiopatología	Cuadro clínico	Diagnóstico	tratamiento	Imagen
es una infección sistémica, de transmisión sexual, causada por los serotipos L1, L2 y L3 de la Chlamydia trachomatis	Los serotipos L1, L2 y L3 de la Chlamydia trachomatis afectan sobre todo el folículo linfoide, produciendo un trombo y perilinfangitis. El ganglio linfático es invadido por neutrófilos y macrófagos, formando granulomas y microabscesos estrellados, que son una característica histológica del LGV.	<p>. La primera etapa ocurre entre 3 y 12 días después de la inoculación, cuando aparece la lesión primaria, que puede iniciar como pápula, vesícula</p> <p>En la segunda etapa, la fase linfogranulomatosa aparece después de dos a seis semanas de la lesión primaria, aunque en algunos casos en que la primera etapa dura más de lo común, coinciden ambas</p> <p>la tercera etapa es la fase más destructiva de la infección, por lo general no llega a presentarse, pues sólo ocurre por falta de tratamiento adecuado en las fases tempranas de la infección</p>	El diagnóstico debe comprobarse mediante el examen directo del exudado de las lesiones o del pus extraído por punción del bubón, en los cuales es posible observar las inclusiones intracitoplasmáticas.	<p>En la infección no complicada se recomienda utilizar 500 mg de tetraciclina cada 6 h, doxiciclina 100 mg cada 12 h o eritromicina 500 mg cada 6 h durante 21 días. También es factible dar una dosis única de 1 g de azitromicina.</p> <p>En las mujeres con infección pélvica inflamatoria se recomienda alargar el tratamiento de dos a tres semanas. Si están embarazadas se prefiere usar amoxiciclina 500 mg cada 8 h por 7 a 10 días. Las complicaciones requieren además un tratamiento quirúrgico.</p>	


Granuloma inguinal	Epidemiología	Cuadro clínico
El granuloma inguinal (GI) o donovanosis es una infección crónica, granulomatosa, que afecta la región anogenital y la ingle, producida por un cocobacilo gramnegativo llamado Calymmatobacterium granulomatis, que por lo general se adquiere vía contacto sexual y se caracteriza por úlceras destructivas y poco dolorosas.	Se presenta con mayor frecuencia en países subtropicales y tropicales como Brasil, India, el sudeste de China, la costa Occidental de África y las Indias Occidentales	<p>Tiene un periodo de incubación de 3 a 40 días, e inicia con una pápula firme</p> <p>forma una úlcera de bordes bien definidos, lisos y elevados, su fondo tiene tejido granulomatoso, eritematoso, que sangra con facilidad</p> <p>Es una úlcera poco dolorosa y en general no se acompaña de adenopatía</p>


Diagnóstico	tratamiento	Imagen
El diagnóstico de granuloma inguinal se hace con la demostración del C. granulomatis en el interior de las células, llamados también cuerpos de Donovan	El trimetoprim con sulfametoxazol 160/800 se administra cada 12 horas por 15 días y la tetraciclina 500 mg cada 6 h durante 3 semanas.	


Chancroide	Epidemiología	Cuadro clínico	Diagnóstico	tratamiento	Imagen
Chancroide, chancro blando o infección de Ducrey, es una infección genital, poco frecuente en México, causada por el Haemophilus ducreyi, que se caracteriza por úlceras genitales muy dolorosas.	<ul style="list-style-type: none"> • Es una infección de distribución mundial • que tiene mayor incidencia en climas cálidos, • En la mayoría de los casos se asocia con mala higiene, pobreza y drogadicción 	<ul style="list-style-type: none"> • aparecen pápulas únicas o múltiples que evolucionan en horas a pústulas y se ulceran • formando el chancro blando, constituido por úlceras circulares u ovaladas, poco profundas, de bordes irregulares rodeadas de un halo eritematoso • el fondo de la úlcera puede ser sucio o tener abundante tejido de granulación que sangra con facilidad 	En la tinción de Gram se observa el cocobacilo gramnegativo, pleomórfico en conglomerados que semejan un "banco de peces"	ciprofloxacina 500 mg c/12 h VO u ofloxacina 400 mg c/12 h por 3 días, eritromicina 500 mg VO c/6 h por 7 días, azitromicina 1 g VO o ceftriaxona 250 mg IM en dosis única.	


Citomegalovirus	Epidemiología	Cuadro clínico	Diagnóstico	tratamiento	Imagen
El CMV pertenece a la familia de los Herpesviridae, por lo que comparte, con el resto de los virus herpes, el ser una infección de por vida con periodos de latencia. A menudo es asintomático en pacientes inmunocompetentes	tiene distribución mundial	En la mayoría de los casos, la infección por CMV es asintomática pero en los pacientes inmunosuprimidos o con alguna otra ITS, como hepatitis B o VIH, produce sintomatología similar a una mononucleosis infecciosa, con adenopatía, fiebre y ataque al estado general.	Es factible detectar la infección mediante serología, también se pueden realizar cultivos de tejido afectado y, aunque son muy específicos, se realizan pocas veces debido a la dificultad que implica.	<ul style="list-style-type: none"> • Valanciclovir • Ganciclovir • Foscarnet 	


GONORRREA VAGINAL

Gonorrea vaginal	Epidemiología	Cuadro clínico	Diagnóstico	tratamiento	Imagen
La Neisseria gonorrhoeae es un diplococo aerobio gramnegativo cuyo único huésped natural es el ser humano. El gonococo es muy sensible a los agentes químicos y físicos, a la temperatura y la desecación, y no sobrevive mucho tiempo fuera del organismo	mundial	El periodo de incubación de la infección comprende entre 2 y 10 días. En las formas declaradas, se observa una vulvovaginitis de intensidad variable con flujo vaginal amarillo verdoso, purulento. Es rara la uretrocervicitis y llega a observarse secreción purulenta del endocervix y de las glándulas de Skene	Examen microscópico del gonococo Examen bacteriológico con tinción rápida con azul de Löffler Tinción de Gram en donde aparecen diplococos gramnegativos semejantes a granos de café, algunas veces intraleucocitarios, en otros casos adheridos a la superficie celular Cultivo en medio de agar chocolate o de Tallen-Martin	efixima 400 mg VO (dosis única), o bien, ceftriaxona 250 mg IM (dosis única), o bien, ciprofloxacina 500 mg por vía oral (dosis única), o bien, ofloxacina 400 mg VO en dosis única	


Clamidirosis vaginal	Epidemiología	Cuadro clínico	Diagnóstico	tratamiento	Imagen
<p>En el contexto de las ITS, esta infección constituye un serio problema, el cual todavía está fuera del conocimiento de muchos pacientes y de algunos médicos</p>	<p>La incidencia de las infecciones genitales por Chlamydia en las adolescentes es superior a la de las mujeres adultas</p> <p>La frecuencia de las formas asintomáticas puede alcanzar 80%.</p> <p>Los factores de riesgo que se asocian con la infección por Chlamydia son el consumo de tabaco, los antecedentes de infecciones por Chlamydia</p>	<p>entre los cuales está el desarrollo de cervicitis discreta. En la mujer, la infección por Chlamydia a menudo es asintomática (70% de los casos). La localización primaria se encuentra a nivel del epitelio cilíndrico endocervical.</p> <p>El epitelio glandular aparece hipertrofiado, con grandes papilas congestionadas, hemorrágicas y recubiertas por moco adherente</p>	<p>El cultivo se realiza en células de McCoy o Hela 229 tratadas.</p> <p>Las técnicas directas de inmunoenzimología utilizan uno o varios anticuerpos monoclonales</p> <p>tra mínimo; dichas pruebas se basan en una reacción enzimática (polimerasa, ligasa, etc.), que multiplica hasta millones de veces un fragmento génico.</p>	<p>: azitrocina 1 g por vía oral (dosis única); doxiciclina 100 mg VO dos veces al día durante 7 días, o bien, ofloxacina 300 mg VO durante 7 días, o levofloxacina 500 mg VO durante 7 días, o bien, eritromicina 500 mg VO cuatro veces al día durante 7 días.</p>	


Tricomoniasis vaginal	Epidemiología	Cuadro clínico	Diagnóstico	tratamiento	Imagen
<p>La tricomoniasis vaginal es causada por Trichomona vaginalis, un protozoo flagelado anaerobio productor de una inflamación purulenta sui generis, de presentación frecuente en la patología del tracto genital inferior. Su periodo de incubación es de tres a 28 días</p>	<p>mundial</p>	<p>De forma habitual aparece una inflamación vaginal acompañada por una secreción líquida y espumosa, con frecuencia fétida</p> <p>La secreción generada por el proceso infeccioso suele ser abundante, de color amarillo verdoso y está acompañada de eritema con intenso prurito, ardor y dispareunia.</p>	<p>Examen en fresco, con observación microscópica de la secreción genital diluida en una gota de suero fisiológico, lo cual permite identificar los parásitos móviles.</p> <p>Preparados de tinciones: May-Grunwald-Giemsa, acridina naranja o Papanicolaou, donde se pueden observar formaciones ovoides en forma de pera, flageladas; permiten observar también el asostilo y el "ojo"</p>	<p>metronidazol 250 mg VO 3 veces al día por 7 días, o 2) metronidazol 500 mg VO dos veces al día por 5 días, o 3) metronidazol 1 g VO en dos dosis por 2 días, y por último 4) metronidazol 2 g VO en dosis única.</p>	


Vaginosis bacteriana	Epidemiología	Cuadro clínico	Diagnóstico	tratamiento	Imagen
síndrome clínico relacionado con la sustitución de la flora lactobacilar normal de la vagina por una flora anaerobia.	Mundial	<p>Las pacientes con vaginosis bacteriana a menudo presentan la queja de secreciones vaginales demasiado abundantes, fétidas y nauseabundas (olor "a pescado").</p> <p>El ardor o el prurito aparecen con frecuencia variable</p> <p>El cérvix, lo mismo que la vagina y la vulva, muestran a menudo un aspecto normal y no existe un cuadro patognomónico.</p>	<p>olor vaginal "a pescado" de la secreción vaginal, en especial después del coito</p> <p>secreciones vaginales de color grisáceo y que cubren con una capa muy delgada las paredes vaginales.</p> <p>Microscopia de las secreciones vaginales que revela aumento del número de células índice (clue cells) y ausencia notable de leucocitos</p>	<p>Metronidazol, antibiótico con actividad excelente contra los microorganismos anaerobios pero deficiente contra los lactobacilos, es el fármaco de elección para vaginosis bacteriana. Dosis: 1) 500 mg VO dos veces al día durante 7 días, o bien, 2) administración intravaginal en gel al 0.75%, un aplicador por 7 días, o bien, 3) dosis única de 2 g por vía oral.</p>	


Micosis vaginal	Epidemiología	Cuadro clínico	Diagnóstico	tratamiento	Imagen
La especie Candida albicans es de fácil hallazgo en la flora vaginal, es un germen habitual o exclusivo del ser humano y coloniza tracto gastrointestinal, vagina y piel. La difusión de la Candida hacia la vagina puede provenir del recto o de focos cutáneos, así como también por contacto sexual o a través de fomites.	75% de las mujeres presentan durante su vida sexual al menos una micosis vaginal.	<p>flujo vaginal blanco, espeso y consistencia "cremosa" acompañado de prurito vulvar</p> <p>Quizá haya dolor vaginal, dispareunia, eritema con ardor e irritación vulvar que a veces se extiende hasta el ano.</p> <p>En ocasiones se observa disuria por contacto de la orina con el epitelio vulvar y vestibular inflamado.</p>	<p>el examen microscópico de la secreción diluida en solución fisiológica que revela presencia de blastosporas y micelios con pseudohifas.</p> <p>La prueba de Papanicolaou, que tiene una precisión diagnóstica moderada</p> <p>Con la coloración de Gram se evidencian hifas y esporas grampositivas</p>	<p>Butoconazol, crema al 2%, 5 g por vía intravaginal durante 3 días. 2) Clotrimazol: a. Crema al 1%, 5 g por vía intravaginal durante 7 a 14 días. b. Comprimidos de aplicación intravaginal, 100 mg durante 7 días. 3) Miconazol: a. Crema al 2%, 5 g por vía intravaginal durante 7 días. b. Óvulos vaginales, 200 mg durante 3 días. 4) Nistatina, tabletas vaginales, 100 000 unidades durante 14 días. 5) Ticonazol, crema al 6.5%, 5 g, por vía intravaginal en dosis única. 6) Terconazol: a. Crema al 0.4%, 5 g por vía intravaginal</p>	


durante 7 días. b. Óvulos vaginales, 80 mg durante 3 días. 7) Fluconazol, cápsulas de 150 mg en dosis única, cada semana, por 4 semanas.

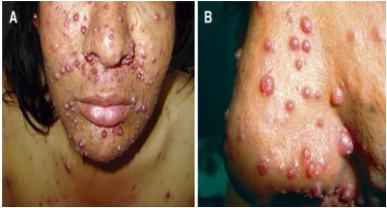
Enfermedad pélvica inflamatoria	Fisiopatología	Cuadro clínico	Diagnóstico	tratamiento	Imagen
<p>que comienza por una cervicitis, seguida por una endometritis y después de una salpingitis. En ausencia de un diagnóstico y tratamiento tempranos, la evolución prosigue hacia secuelas tubáricas inflamatorias que provocan embarazos ectópicos, esterilidad e incluso dolores pélvicos crónicos</p>	<p>La patogénesis de las infecciones gonocócicas y clamidiales en la EPI aún no ha sido del todo dilucidada. Ciertas cepas de gonococos, llamadas infectantes, tienen la capacidad de adherirse a receptores de membrana de las células epiteliales uretrales y endocervicales por las proteínas de superficie de sus membranas externas y, sobre todo, por sus pili</p> <p>Esa propiedad del gonococo para invadir el epitelio cilíndrico endocervical podría explicarse en función de la elaboración de proteasas, la acción antifagocitaria de los pili y un fenómeno de resistencia a ciertas enzimas intracelulares</p>	<p>La salpingitis aguda es el único cuadro que posee una sintomatología clara. Se trata casi siempre de una mujer joven que consulta por un dolor de localización habitual en hipogastrio y fosas hiliares</p>	<p>Análisis de laboratorio de rutina</p> <p>Análisis bacteriológicos.</p> <p>Ecografía.</p> <p>Laparoscopia.</p>	<p>ofloxacina 400 mg VO, dos veces al día durante 14 días, o 2) levofloxacina 500 mg VO una vez al día durante 14 días, con opción de metronidazol 500 mg VO cada 12 h durante 14 días</p> <p>cefotaxima 2 g IM, más probenecid 1 g VO de manera concurrente, o 2) ceftriaxona 250 mg IM (o cefalosporina equivalente), más doxiciclina 100 mg VO dos veces al día durante 14 días, con opción de metronidazol 500 mg VO cada 12 h durante 14 días.</p>	

Condilomas acuminados	Cuadro clínico	Diagnóstico	tratamiento	Imagen
<p>A partir del momento de la infección, la cual ocurre durante una relación sexual desprotegida, se establece un periodo de incubación variable, que va de seis semanas a dos años —aunque este dato no ha quedado del todo establecido— y, más tarde, aparecen las lesiones clínicas o subclínicas de la infección</p>	<p>iene una gran variedad de manifestaciones clínicas, subclínicas y latentes. La manifestación clínica más común es el condiloma o verruga, el cual comienza por una elevación de pequeño tamaño, de color carne, crece con rapidez y da lugar a vegetaciones en forma de “cresta de gallo” o grandes masas en forma de “coliflor”.</p> <p>Tales condilomas pueden ser filiformes, aislados o agrupados en grandes masas con apariencia vegetantes, variables en tamaño que llegan a crecer hasta alcanzar el tamaño de un huevo de gallina e incluso más grandes.</p>	<p>El diagnóstico de la infección por VPH por lo general es clínico, a través de la inspección de las lesiones;</p>	<p>ya se cuenta con una vacuna para prevenir esta infección, aunque por ahora sólo previene los tipos 6, 11, 16 y 18 del VPH</p>	

Condilomas planos	Cuadro clínico	Diagnóstico	tratamiento	Imagen
<p>Los condilomas planos, como ya se mencionó en las causas de los principales síndromes de ITS, pueden ser originados por dos microorganismos específicos: Treponema pallidum y VPH.</p>	<p>La característica principal de este tipo de condiloma, como su nombre lo indica, es que tiene un aspecto plano, es decir, comienza como una pequeña pápula que crece extendiéndose hacia los lados y alcanza un tamaño muy variable</p>	<p>el diagnóstico se establece por la inspección de las lesiones, pero es de suma importancia que ante este tipo de condiloma el médico sugiera a la persona realizarse una serología para sífilis (VDRL) a fin de descartar o establecer la presencia de esta entidad, si el análisis es negativo (no reactivo) se confirma la existencia de VPH.</p>	<p>Si se constata la presencia de Treponema pallidum y se sospecha que los condilomas son parte del secundarismo sífilítico, entonces el paciente debe recibir tratamiento específico para sífilis, con el cual deben desaparecer las lesiones; de lo contrario se sospecha la etiología por VPH y es necesario proceder con el tratamiento local ya descrito para los condilomas acuminados.</p>	

infección por el virus de hepatitis C	Diagnóstico	Profilaxis	Imagen
<p>es una infección viral que causa inflamación y daño al hígado. La inflamación es una hinchazón que ocurre cuando los tejidos del cuerpo se lesionan o infectan.</p>	<p>Se puede diagnosticar la infección por VHA mediante la presencia de anticuerpos: antiVHA IgM y anti-VHA IgG; donde los anticuerpos de tipo IgM implican infección reciente o fase aguda de la infección, mientras que los del tipo IgG son detectados de forma indefinida, una vez superada la fase aguda de la infección.</p> <p>Las personas con anticuerpos contra VHA son inmunes a la reinfección por este virus, no obstante, sí es posible que contraigan otros virus de hepatitis; por otra parte, el VHA no causa infección a largo plazo (crónica), sólo provoca infección aguda, que en algunas ocasiones cursa de manera asintomática</p>	<p>Es de capital importancia prevenir el contagio por vía sexual de la infección por los virus de la hepatitis A, B y C, lo cual se logra modificando las prácticas de riesgo y mediante relaciones sexuales seguras y protegidas</p>	

VIH	Vías de transmisión	Diagnóstico	Imagen
<p>es el virus que causa el sida; existen dos variedades: VIH-1 y VIH-2. El VIH-1 es el más conocido y el responsable de la mayoría de los casos de sida en el mundo, en cambio el VIH-2 es más frecuente en el Continente Africano, aunque se han reportado algunos casos de infección por este último en Europa y América. Ambos virus generan la misma sintomatología y se detectan por las mismas pruebas diagnósticas.</p>	<p>se adquiere por transmisión sexual</p>	<p>ELISA, que se utiliza para el escrutinio inicial, mientras que para confirmar el diagnóstico se suele emplear la prueba llamada Western blot.</p>	

SIDA	Pruebas de monitoreo	Tratamiento	Imagen
<p>El sida es la enfermedad ocasionada por el VIH. Cuando la infección por VIH progresa a tal grado que provoca un deterioro significativo del sistema inmunológico, aparecen las enfermedades oportunistas, las cuales quizá tardan en aparecer desde unos meses hasta más de 10 años después de la infección inicial y quizá sean ligeras, moderadas o graves, lo que depende sobre todo de las características del virus infectante y de algunos factores relacionados con el huésped.</p>	<p>Son varias las pruebas que se recomiendan realizar en una persona con infección por el VIH, siendo las más importantes la carga viral de VIH y el conteo linfocitario que incluya la subpoblación de linfocitos CD3, CD4 y CD8. Estos exámenes permiten determinar en qué momento de la infección se encuentra la persona para así establecer el tratamiento antirretroviral oportuno.</p>	<p>el primer grupo es un conjunto de medicamentos que se utilizan para tratar las enfermedades oportunistas; el segundo lo conforma una serie de medicamentos antirretrovirales que tratan la infección por el VIH en sí misma. Los primeros deben ser administrados cuando se presenta cualquier enfermedad oportunista: retinitis por citomegalovirus, toxoplasmosis o neumonía por pneumocistis jirovecci. En cambio, los antirretrovirales se emplean en una combinación de tres o más fármacos. A esto se le llama terapia antirretroviral combinada o tratamiento antirretroviral altamente activo (TARAA).</p>	

REFERENCIAS.....

1. Clemades T. (2003) VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual. En: Hablemos de salud sexual. México: AMSSAC/ AMES/SSA, 131-156.

World Health Organization. Guidelines for the Management of Sexually Transmitted infections. Enero 2001.

2. Clemades T. (2003) VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual. En: Hablemos de salud sexual. México: AMSSAC/ AMES/SSA, 131-156
3. 4. Cruz C., Egremy G., Ramos U. (2004) Manual para capacitadores en el manejo sindromático de las infecciones de transmisión sexual. México: CONASIDA (Trabajo original publicado en 1999).
4. Casanova G. et al. (2004) Infecciones de transmisión sexual. Ed. Alfil, 1a ed., México.
5. Neisser A.L. (2002) Enfermedades de Transmisión Sexual. En: Clínicas de Ginecología y Obstetricia de Norteamérica, Temas actuales. Editorial Interamericana, México, D.F.
6. Mandell G.L., Benett J.E., Dolin R. (2002) Infecciones infecciosas y sus agentes etiológicos. En: Infecciones infecciosas. Principios y práctica. 5a ed. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires
7. Ghione M., De Palo G. (2000) Infecciones no virales. En: Colposcopía y patología del tracto genital inferior. 2a ed. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires.
8. Bohbot J.M., Zana J., Monsonogo J. (1999) Maladies Sexuellement transmissibles. Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris-France) Gynécologie, 360-A-10:14.
9. . Ghione M., De Palo G. (2000) Infecciones no virales. En: Colposcopía y patología del tracto genital inferior. 2a ed. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires.
10. Bohbot J.M., Zana J., Monsonogo J. (1999) Maladies Sexuellement transmissibles. Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris-France) Gynécologie, 360-A-10:14.
11. Ghione M., De Palo G. (2000) Infecciones no virales. En: Colposcopía y patología del tracto genital inferior. 2a ed. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires.
12. Bohbot J.M., Zana J., Monsonogo J. (1999) Maladies Sexuellement transmissibles. Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris-France) Gynécologie, 360-A-10:14.