



**Ciencia Latina**  
Internacional

---

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.  
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), enero-febrero 2024,  
Volumen 8, Número 1.

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i1](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1)

**ABORTO GEMELAR RETENIDO CON  
ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS MÁS  
CORIOAMNIONITIS EN FEMENINA DE  
25 AÑOS. REPORTE DE CASO**

**MISSED TWIN ABORTION WITH PREMATURE  
RUPTURE OF MEMBRANES PLUS  
CHORIOAMNIONITIS IN A 25-YEAR-OLD FEMALE.  
CASE REPORT**

Md. Mishell Estefanía Naranjo Mejía  
PS Copal-MSP, Morona

Md. Wilmer Alexander Muñoz Morales  
Hospital Básico Guamote

Md. Daysi Michelle Padilla Padilla  
Clínica San Luis de Francia

Md. Rodrigo Bryan Correa Jacome  
Odontomedica San Eduardo

Md. Carolina Alexandra Carrera Ramírez  
Investigador Independiente

DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i1.9958](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.9958)

## Aborto Gemelar Retenido con Rotura Prematura de Membranas más Corioamnionitis en Femenina de 25 Años. Reporte de Caso

**Md. Mishell Estefanía Naranjo Mejía<sup>1</sup>**

[shellynaranjo01@outlook.com](mailto:shellynaranjo01@outlook.com)

<https://orcid.org/0000-0001-6091-7062>

PS Copal-MSP, Morona  
Santiago, Ecuador

**Md. Wilmer Alexander Muñoz Morales**

[elver0067@gmail.com](mailto:elver0067@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0008-5866-2580>

Hospital Básico Guamote  
Ecuador

**Md. Daysi Michelle Padilla Padilla**

[daysi.padillap@gmail.com](mailto:daysi.padillap@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0000-9855-4551>

Clínica San Luis de Francia  
Guayaquil, Ecuador

**Md. Rodrigo Bryan Correa Jacome**

[rodrigo.correaj@outlook.com](mailto:rodrigo.correaj@outlook.com)

<https://orcid.org/0009-0000-1483-6456>

Odontomedica San Eduardo  
Guayaquil, Ecuador

**Md. Carolina Alexandra Carrera Ramírez**

[mcarolinacarrera@gmail.com](mailto:mcarolinacarrera@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0007-0417-3442>

Investigador Independiente  
Loja, Ecuador

### RESUMEN

La corioamnionitis se define como la presencia de un cultivo positivo en el líquido amniótico obtenido mediante amniocentesis. El escenario típico de corioamnionitis clínica sigue siendo el que vemos a menudo en la práctica médica; sin embargo, estudios recientes han revelado una serie de fenómenos que preceden a este evento, que parece ser el final de una larga secuencia fisiopatológica. Se trata de infecciones intraamnióticas, cuya consecuencia es la interrupción del embarazo sin indemnización. Considerar la edad gestacional por parto espontáneo o indicación médica. La corioamnionitis clínica complica entre 2 y 11% de los embarazos y el feto se infecta en alrededor de 5% de los casos; es más probable que sea prematuro. La incidencia de corioamnionitis histológica subclínica es mayor en bebés prematuros: 40% entre las 24 y 28 semanas, 30% entre las 28 y 32 semanas, 20% entre las 30 y 36 semanas, y después de las 37 semanas de gestación, la corioamnionitis ocurre en aproximadamente el 1% de los embarazos, ocurre en 5% a 10% de los pacientes con rotura prematura de membranas y ocurre antes de la rotura prematura de membranas en 44% de los casos. Se reporta paciente con embarazo 21,6 semanas por fecha de última menstruación presenta hace 3 horas y sin causa aparente dolor tipo contracción uterina de leve intensidad que se exacerba a moderada intensidad y que se acompaña de sangrado vaginal de moderada cantidad, se le realiza rastreo ecográfico el cual detecta la presencia de una placenta oclusiva total, adicionalmente se realiza una cristalografía confirmando la presencia de líquido amniótico en el canal vaginal.

**Palabras claves:** corioamnionitis, embarazo gemelar, placenta oclusiva, infección

---

<sup>1</sup> Autor principal

Correspondencia: [shellynaranjo01@outlook.com](mailto:shellynaranjo01@outlook.com)

## Missed Twin Abortion with Premature Rupture of Membranes plus Chorioamnionitis in a 25-Year-Old Female. Case Report

### ABSTRACT

Chorioamnionitis is defined as the presence of a positive culture in the amniotic fluid obtained by amniocentesis. The typical scenario of clinical chorioamnionitis is still the one we often see in medical practice; However, recent studies have revealed a series of phenomena that precede this event, which appears to be the end of a long pathophysiological sequence. These are intra-amniotic infections, the consequence of which is the termination of pregnancy without compensation. Consider the gestational age for spontaneous delivery or medical indication. Clinical chorioamnionitis complicates between 2 and 11% of pregnancies and the fetus is infected in about 5% of cases; it is more likely to be premature. The incidence of subclinical histological chorioamnionitis is higher in premature babies: 40% between 24 and 28 weeks, 30% between 28 and 32 weeks, 20% between 30 and 36 weeks, and after 37 weeks of gestation, chorioamnionitis occurs in approximately 1% of pregnancies, occurs in 5% to 10% of patients with premature rupture of membranes, and occurs before premature rupture of membranes in 44% of cases. A patient with a pregnancy of 21.6 weeks is reported by date of last menstruation, presenting 3 hours ago and with no apparent cause, uterine contraction-type pain of mild intensity that exacerbates to moderate intensity and is accompanied by vaginal bleeding of moderate amount, a scan is performed. ultrasound which detects the presence of a total occlusive placenta, additionally a crystallography is performed confirming the presence of amniotic fluid in the vaginal canal.

**Keywords:** chorioamnionitis, twin pregnancy, occlusive placenta, infection

*Artículo recibido 28 diciembre 2023  
Aceptado para publicación: 30 enero 2024*

## INTRODUCCIÓN

La corioamnionitis es una inflamación aguda del amnios y el corion y es un signo de infección intraamniótica, aunque puede ocurrir en ausencia de una infección detectable. La corioamnionitis histológica confirmada mediante examen patológico de la placenta puede ocurrir en ausencia de corioamnionitis clínica, que se diagnostica principalmente por fiebre materna.(1) Estos casos subclínicos representan del 40 al 90% de los casos de corioamnionitis histológica, y factores que incluyen diferencias en la definición de corioamnionitis clínica utilizada en diferentes estudios conducen a la variabilidad. Además, la infección intraamniótica puede provocar una respuesta inflamatoria fetal, que puede reconocerse histológicamente por vasculitis fetal, que es la inflamación de los vasos sanguíneos fetales de la placa coriónica o del cordón umbilical.(2)

Es el diagnóstico más común en los informes de patología placentaria y generalmente se considera la presencia de infección intraamniótica o síndrome de infección del líquido amniótico. Sin embargo, la corioamnionitis aguda puede ocurrir simultáneamente con la "intraamnionitis estéril", que ocurre en ausencia de microorganismos obvios pero que puede desencadenarse por señales de peligro liberadas en condiciones de estrés celular, lesión o muerte.(3) Por lo tanto, la corioamnionitis aguda sugiere inflamación intraamniótica más que infección intraamniótica. Se estima que la corioamnionitis ocurre en 1 a 5% de las madres con fetos mayores de 35 semanas de gestación, pero la incidencia reportada en la literatura varía según la población de estudio y los criterios de diagnóstico utilizados. Este síndrome corresponde al síndrome de respuesta inflamatoria sistémica en adultos. Pero para el feto, es un factor de riesgo de complicaciones a corto y largo plazo.(4)

Las principales manifestaciones clínicas asociadas con la corioamnionitis clínica son fiebre, sensibilidad fúndica, taquicardia materna ( $> 100$  latidos/min), taquicardia fetal ( $> 160$  latidos/min) y líquido amniótico purulento o maloliente.(5) La fiebre materna es el principal síntoma clínico de la corioamnionitis. Una temperatura  $>100.4^{\circ}\text{F}$  durante el embarazo se considera anormal. Aunque una fiebre leve aislada ( $<101^{\circ}\text{F}$ ) puede ser transitoria durante el trabajo de parto, una fiebre  $>100.4^{\circ}\text{F}$  que dura más de 1 hora o cualquier fiebre  $\geq 101^{\circ}\text{F}$  requiere evaluación e intervención adecuada. La fiebre está presente en el 95-100% de los casos de corioamnionitis clínica y generalmente es necesaria para el diagnóstico. La fiebre suele aparecer durante la anestesia epidural, especialmente en mujeres que no

han dado a luz durante mucho tiempo (llamada fiebre epidural), lo que dificulta el diagnóstico de corioamnionitis.(6,7)

La taquicardia materna (>100 latidos por minuto) y la taquicardia fetal (>160 latidos por minuto) son comunes en la corioamnionitis y representan 50 a 80% y 40 a 70% de los casos, respectivamente. La taquicardia puede ocurrir en ausencia de corioamnionitis y requiere una evaluación cuidadosa para detectar otras causas.(8) Medicamentos como la efedrina, los antihistamínicos y los agonistas beta pueden aumentar la frecuencia cardíaca de una mujer embarazada o de su feto. Sin embargo, la combinación de fiebre y taquicardia maternas y/o fetal sugiere fuertemente una infección intrauterina y debe tratarse en consecuencia.

Sólo entre el 4% y el 25% de los casos de corioamnionitis tienen una base sensible y líquido amniótico maloliente. La sensibilidad del fondo del útero es difícil de interpretar en el contexto del trabajo de parto y puede quedar enmascarada por analgésicos o confundirse con el dolor asociado con el desprendimiento temprano de la placenta. En infecciones graves o prolongadas, el líquido amniótico purulento o maloliente es más común y puede ser específico del microorganismo, pero en cualquier caso el médico puede notarlo o no.(9)

El diagnóstico clínico de corioamnionitis se basa en criterios actualmente establecidos, en los que la temperatura corporal superior a 38°C es el síntoma predominante; la sensibilidad de este criterio está entre el 95% y el 100%, teniendo en cuenta que algunos anestésicos elevan la temperatura. (10)

Para ser diagnosticado con fiebre, ésta debe ir acompañada de dos de los siguientes síntomas:

La taquicardia materna superior a 110 lpm y la taquicardia fetal superior a 160 lpm tienen sensibilidades del 50 % al 80 % y del 40 % al 70 %, respectivamente, y el paciente no ha recibido medicamentos que puedan aumentar la frecuencia cardíaca, p. como efedrina, antihistamínicos y betabloqueantes.(11)

Dolor uterino inusual que ocurre sólo en el 25% de las pacientes o que está enmascarado por analgésicos o trabajo de parto.

El líquido amniótico maloliente puede indicar una infección avanzada. Su sensibilidad puede ser menor, en torno al 5%.

## **Caso clínico**

EA: Paciente con embarazo 21,6 semanas por fecha de última menstruación presenta hace 3 horas y sin causa aparente dolor tipo contracción uterina de leve intensidad que se exagera a moderada intensidad y que se acompaña de sangrado vaginal (rojo rutilante) de moderada cantidad (cantidad desconoce) razón por la paciente en compañía de familiar acude a facultativo donde se le realiza rastreo ecográfico (no documentado por el profesional) el cual detecta la presencia de una placenta oclusiva total , adicionalmente se realiza una cristalografía la cual resulta ser positiva confirmando la presencia de líquido amniótico en el canal vaginal motivo por el cual es referida a una casa de salud más cercana. Al momento de su llegada paciente refiere presentar dolor tipo contracción de moderada intensidad que se acompaña de salida liquido transvaginal de color transparente razón por la cual se decide su ingreso inmediato al servicio de Gineco-Obstetricia.

Enfermedades médicas: no refiere

Antecedentes alérgicos: No refiere

Antecedentes quirúrgicos: No refiere

Antecedentes familiares: Madre HTA

Antecedentes Gineco-Obstétricos: G0, A0, P0, C0

## **Hábitos**

- Alimentación: 6 veces al día
- Intolerancias alimenticias: ninguna
- Catarsis: 1-2 vez al día
- Diuresis: 2-5 veces al día
- Sueño: 8 horas diarias, reparador

Paciente ingresa al servicio de Gineco-Obstetricia en donde realiza la exploración física pertinente, signos vitales: frecuencia cardiaca 120 latidos por minuto, saturación 91% con fio2 21%, tensión arterial 115/75 mmhg, frecuencia respiratoria de 19, temperatura de 38.5°C axilar.

Paciente lucida, febril, orientado en tiempo, espacio y persona con razonamiento lógico, comprensión y juicio normales. Glasgow 15/15.



Cabeza: normocéflica, no protrusiones, no depresiones. Ojos: pupilas fotorreactivas, isocóricas, escleras blancas, conjuntivas rosadas. Nariz: fosas nasales permeables. Boca: mucosa oral húmedas. Labios: simétricos, hidratados. Encías: en buen estado. Cuello: Simétrico, móvil, no ingurgitación yugular.

Tórax: simétrico, latido apexiano no visible, respiración torácica, no hay dolor a la palpación, expansibilidad normal, elasticidad pulmonar normal. Palpación no doloroso a la palpación, no presencia de masas. Corazón R1 y R2 rítmicos. Pulmones: murmullo vesicular conservado, no ruidos sobre añadidos.

Abdomen: Globoso a expensas de útero grávido por fetos vivos. Frecuencia Cardíaca Fetal: Feto 1: 130 lpm Feto 2: 135lpm. Altura de Fondo Uterino: 21cm. Actividad Uterina 2/10. Intensidad +/-++++, Duración de 15 a 20 segundos. Dilatación: Cuello Cerrado , Borramiento del 0%.

Región lumbar: inspección: Simétrica, de aspecto normal, color de piel acorde con el resto del cuerpo. Palpación: puño percusión negativo.

Región genital: No se visualiza ningún tipo de lesiones, presencia de sangrado vagina y de líquido transparente (probablemente líquido amniótico). Pelvis Útil.

Tacto Vaginal: Presencia de cuello posterior, cerrado, membranas rotas desde hace 6 días, presencia de sangrado vaginal que mancha el guante.

Extremidades: tono y fuerza muscular conservada, no edema, escala de Daniels 5/5.

### Exámenes de laboratorio:

Biometría Hemática

**Tabla 1**

<b>Biometría hemática</b>			
<b>Parámetros</b>	<b>Resultados</b>	<b>Unidades</b>	<b>Valores de referencia</b>
Glóbulos blancos	<b>* 11,6</b>	K/ $\mu$ L	4.8 - 10.8
Linfocitos	<b>1,5</b>	K/ $\mu$ L	1 ,0– 7,0
Linfocitos %	<b>*12.8</b>	%	30,0-42,0
Monocitos	<b>0,6</b>	K/ $\mu$ L	0.0 – 1,0
Monocitos %	<b>5,3</b>	%	0.0 - 10.0
Neutrófilos	<b>*8,0</b>	K/ $\mu$ L	1,1-6,6
Neutrófilos %	<b>*77,6</b>	%	30,0-51,0

Eosinófilos	<b>0,1</b>	K/ $\mu$ L	0.0 – 0,5
Eosinófilos %	<b>1,20</b>	%	0.00- 5.00
Basófilos	<b>0.0</b>	K/ $\mu$ L	
Basófilos %	<b>0,3</b>	%	0.0 - 2.0
Glóbulos rojos	<b>3.0</b>	M/ $\mu$ L	3,8-5,3
Hemoglobina	<b>9,4</b>	g/dL	10,5-14,4
Hematocrito	<b>26,9</b>	%	32,0-43,0
Plaquetas	<b>227,000</b>		150,0-450,0

Pcr con resultado de 5 mg/l.

### **Ecografía Transvaginal**

Es explorada con transductor endocavitario, en donde se observa cérvix normal, OCI cerrado, Placenta a 3cm de OCI.

Biometría Fetal.

DBP: 4.42 cm. CC:17.3 cm.

CA: 14.9 cm. LF: 3.3 cm.

Peso fetal: 342 gramos

Placenta: fúndica anterior, sin desprendimientos, grado I/II

Cérvix de características normales, OCI cerrado, se observa con transductor endocavitario placenta a mas de 3 cm de OCI.

Impresión Diagnostica: Embarazo gemelar bioanmótico, monocorial

### **Cultivo de Líquido Amniótico**

- **Examen en fresco**

Células, abundantes piocitos 6-8c

Hematíes 25-30c / Bacterias ++/ Test de aminas negativo/ Parásitos Negativos/pH : 6/ KOH: algunas blastoconidias

- **Examen gram**

Algunos Gram positivos en pares

Ausencia de Bacilos Gram Positivos de tipo Lactobacillus

Estas también son conocidas como levaduras incipientes y se han observado de forma recurrente en levaduras patogénicas del género Candida.



Se confirma diagnóstico de corioamnionitis

Evolución: Paciente que hace 72 horas solicita alta con diagnóstico de embarazo gemelar más amenaza de parto pretérmino; refiere que ha permanecido en reposo absoluto, pero continua con la eliminación de líquido transvaginal de moderada cantidad a lo largo de estos tres días y adicionalmente hace 2 horas presenta dolor abdominal tipo contracción a nivel de hipogastrio. se realiza ecografía fetal la cual reporta ausencia de latidos en ambos fetos, diagnóstico de aborto retenido más corioamnionitis.

Biometría hemática 3 días después del alta voluntaria

**Tabla 2.** Biometría hemática

Parámetros	Resultados	Unidades	Valores de referencia
Glóbulos blancos	* 19,4	K/ $\mu$ L	4.8 - 10.8
Linfocitos	* 0,8	K/ $\mu$ L	1,0– 7,0
Linfocitos %	*4.0	%	30,0-42,0
Monocitos	1,1	K/ $\mu$ L	0.0 – 1,0
Monocitos %	5,6	%	0.0 - 10.0
Neutrófilos	16,8	K/ $\mu$ L	1,1-6,6
Neutrófilos %	*86,8	%	30,0-51,0
Eosinófilos	0,0	K/ $\mu$ L	0.0 – 0,5
Eosinófilos %	0,20	%	0.00- 5.00
Basófilos	0.1	K/ $\mu$ L	
Basófilos %	0,4	%	0.0 - 2.0
Glóbulos rojos	3.5	M/ $\mu$ L	3,8-5,3
Hemoglobina	10,9	g/dL	10,5-14,4
Hematocrito	31,4	%	32,0-43,0
Plaquetas	303,000		150,0-450,0
TP	14.4		10.8-14.5
TTP	33.4		20.0-42.0

**Tabla 3. Química Sanguínea**

Parámetros	Resultados	Unidades	Valores de referencia
Glucosa	97,6	mg/dl	60,0-100,0
Urea	20,3	mg/dl	10,0-50,0
Creatinina	0,5	mg/dl	0,3-0,5
PCR	2,5	mg /l	0,0-5,0
Procalcitonina	0,2	ng /ml	

Se procede de manera inmediata a limpieza de útero por aborto gemelar retenido.

## DISCUSIÓN

La corioamnionitis, o infección intraamniótica, es una inflamación aguda de las membranas placentarias y del corion, generalmente causada por una infección polimicrobiana que aumenta con la rotura de las membranas.

El término "corioamnionitis" se refiere a una entidad diagnosticada con fiebre ( $>37,8^{\circ}\text{C}$ ) y al menos dos de los siguientes criterios: taquicardia materna ( $>100$  latidos por minuto), leucocitosis materna (leucocitos  $> 15\ 000$  células/mm<sup>3</sup>), dolor uterino, taquicardia fetal ( $> 160$  Lpm) y líquido amniótico (FA) con mal olor. En general, la corioamnionitis ocurre en 1% a 4% de los recién nacidos, pero la incidencia de corioamnionitis varía ampliamente según los criterios de diagnóstico, los factores de riesgo específicos y la edad gestacional. La corioamnionitis complica del 40% al 70% de los partos prematuros (con rotura prematura de membranas o parto espontáneo) y del 1% al 13% de los partos prematuros.(12)

Existen criterios claros para el diagnóstico de corioamnionitis clínica que facilitan su determinación. Sin embargo, una vez establecida la situación clínica, el riesgo de resultados fetales y neonatales graves aumenta significativamente. El mecanismo por el cual la infección intraamniótica causa daño fetal se explica por el llamado síndrome de respuesta inflamatoria fetal (SRIF). Este síndrome se caracteriza por una elevación de citocinas proinflamatorias en la circulación fetal, y se define por una concentración de interleucina 6 ( $>11$  pg/ml) en la sangre fetal. Esta condición está presente en un subgrupo de pacientes con RPMP y se asocia con un proceso multiorgánico intraútero que puede llevar a un shock séptico y a la muerte fetal.(13)

La elevación de citocinas proinflamatorias en la sangre fetal y el líquido amniótico se ha asociado con el desarrollo de varios resultados fetales y neonatales, como leucomalacia periventricular, parálisis cerebral, displasia broncopulmonar, sepsis fetal y anomalías cardíacas fetales.(14)

Desde un punto de vista etiológico, la mayoría de los pacientes tienen condiciones polimicrobianas, en las que a menudo coexisten dos o más bacterias, a menudo una combinación de bacterias aeróbicas y anaeróbicas. En pacientes con parto y rotura prematuros de membranas, las bacterias más comunes liberadas del líquido amniótico son Mycoplasma y Ureaplasma, así como Escherichia coli, Listeria monocytogenes, Streptococcus B-hemolítico y Chlamydia trachomatis.(15)

La corioamnionitis es una entidad con factores de riesgo conocidos que se presenta en embarazos prematuros y prematuros y está estrechamente asociada con la rotura prematura de membranas. En cuanto al tratamiento, siempre debe incluir medicación concomitante y antibióticos de amplio espectro, ya que se trata de una afección polimicrobiana y el embarazo debe interrumpirse independientemente de la edad gestacional.

## **CONCLUSIÓN**

Aunque actualmente no existe un algoritmo diagnóstico estándar para la corioamnionitis, cabe destacar que la investigación sobre este tema aún está activa, y seguramente en un futuro próximo se resolverán las dudas actuales sobre los diferentes métodos de diagnóstico. Por ahora, los hallazgos clínicos y la experiencia del médico seguirán dominando las sospechas diagnósticas y orientándolo en acciones tempranas encaminadas a prevenir las consecuencias de la corioamnionitis para la madre y el feto.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Villegas J, Puertas A, En A, Jesús C, Alcázar V. Actualización en corioamnionitis. 2022.
2. Diaz Cisneros O, Roxana M, Martinez Vera O, Marilyn Y. CORIOAMNIONITIS COMO CAUSA DE PARTO PRETERMINO. 2018.
3. Guerrero YA, Benavides Puchana L, Ledezma A, Armero DA, Bermúdez Roa J. CORIOAMNIONITIS: UN RETO DIAGNÓSTICO. Vol. 15, Universidad del Cauca. 2013.
4. Md. María de Fátima Egas, Dr. Alfredo Naranjo. Incidencia de ectasia pielocalicial neonatal en el Hospital Metropolitano de Quito, 2014 a 2018: continuación de un estudio. Metro Ciencia. 2018;

5. Godoy Torales GM, Rienzi Grassi RR, León Rodas LA, Del Carmen Centurión R, Maidana Ricardo MM, Benítez Rolandi CD, et al. Neonatal sepsis in pregnant at term with clinical chorioamnionitis, utility of sepsis score. *Revista del Nacional (Itaugua)*. 2020 Jun 1;12(1):71–90.
6. MsC. Grisell Argilagos Casasayas, MsC. Jorge Félix Arañó Piedra, MsC. Mayelín Pérez Reina, MsC. Dania Morando Flores, Lic Gretell Hierrezuelo González. *Impacto maternoperinatal de la corioamnionitis*. 2012.
7. Profesor \*, Secretario A, Mendoza OE, Md R, Briceño Palomino F, Ramos Franco N, et al. *CORIOAMNIONITIS*. Vol. 22, *Repert.med.cir*. 2013.
8. Grisell Argilagos Casasayas D, Félix Arañó Piedra J, Mayelín Pérez Reina L, Dania Morando Flores L, Gretell Hierrezuelo González L. *Factores de riesgo en la corioamnionitis*. Vol. 15, *MEDISAN*. 2011.
9. Espitia-De FJ, Hoz L. *DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA CORIOAMNIONITIS CLÍNICA*. Vol. 59, *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2008.
10. Espitia-De C, Hoz L, Diagnóstico FJ, De YT. *DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA CORIOAMNIONITIS CLÍNICA*. *Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]*. 2008;59(3):231–7. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195214332008>
11. Ferrer Montoya R, Robles Iglesias A, Crespo Bello E, González Vázquez G. *Corioamnionitis clínica e histológica. Revisión bibliográfica Clinical and histological chorioamnionitis. Bibliographic revision*. *Multimed*. 2014;18(1).
12. Abehsera Davó D, Alcedo Olea R, Vegas García de Yébenes G, Sancha Naranjo M, Magdaleno Dans F, González González A. *Case report of subclinical chorioamnionitis: A diagnostic challenge*. *Clin Invest Ginecol Obstet*. 2014 Oct 1;41(4):189–92.
13. Dra. Dayana Couto Núñez, Dr. C. Danilo Nápoles Méndez, Dra. Yiany García Gual, Lic. Mariolis Maceo Perdomo. *Corioamnionitis y parto pretérmino: resultados perinatales en un trienio*. *MEDISAN*. 2016;
14. Hidalgo Eguiguren AF, Rodríguez López AA, Pintado Paltin CA, Alvarez Saltos MD, Sigcho Samaniego AD. *Corioamnionitis más tuberculosis peritoneal en paciente embarazada de 21*

semanas de gestación. Reporte de caso. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2023 May 31;7(2):9874–82.

15. Alburqueque Melgarejo J, Roque Quezada JC, Tasayco Saravia JC. Corioamnionitis: Evaluación del riesgo neonatal. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*. 2020 Sep 4;9(2):9–10.

