

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA

CONCEPTO Y CLASIFICACION.

Es la infección del tracto genital superior que comienza en la parte inferior del mismo, causada generalmente por gérmenes de transmisión sexual pero también por organismos endógenos del tracto genital inferior.

La infección se origina en el cérvix y vagina, ascendiendo al endometrio, trompas, ovarios y peritoneo, así como a los parametrios pudiendo extenderse la infección, en ocasiones, hasta el abdomen superior. Tiene una recurrencia del 25%. Aunque la EIP generalmente se acompaña de una serie de síntomas, en ocasiones puede ser silente (causada por clamydias), y esta forma ayuda a explicar el daño tubárico hallado en mujeres infértiles sin el antecedente previo de una EIP. Alrededor de la mitad de las pacientes que sufren una EIP desarrollan un daño tubario sin tener síntomas de la enfermedad, siendo la clamydia la causa más frecuente de la infección.

De acuerdo con estas observaciones, la EIP puede clasificarse en 4 grupos:

1. EIP Silente. Asintomática, donde el daño tubario ocurre sin el conocimiento de la paciente.
2. EIP Atípica. Pacientes que presentan la enfermedad con una sintomatología mínima.
3. EIP Aguda. Constituye la forma más frecuente en las pacientes que acuden a un cuerpo de guardia.
4. Síndrome de EIP Residual. Caracterizado por presentar las pacientes dolor pélvico crónico, infertilidad y formación de tejido cicatricial.

En su evolución desfavorable, la EIP puede manifestarse como una forma aguda, con formación de un piosalpinx y de un absceso tubo-ovárico, o como residual, con hidrosalpinx y tejido cicatricial.

ETIOLOGIA.

Entre los organismos causantes de la EIP se encuentran:

Gonococo, chlamydias, organismos aerobios y anaerobios. Los dos primeros, sólo o en conjunto, causan las 2/3 partes de EIP.

Aunque la EIP puede ser producida en su mayor parte por transmisión sexual, cualquier instrumentación en el útero puede causarla, considerando algunos autores la necesidad de antibióticos profilácticos en pacientes de riesgo.

Factores de Riesgo:

1. Pareja múltiple.
2. Dispositivos intrauterinos.
3. Episodios previos de EIP.
4. Abortos.
5. Empleo de duchas vaginales.

La EIP es rara en mujeres que no menstruan, incluidos en estas categorías el embarazo, la pre-menopáusica y la post-menopáusica, aunque éstos no excluyen la EIP. En el embarazo, es posible que la infección se produzca antes de que el saco gestacional ocupe toda la cavidad uterina, bien por diseminación hematógena o por exacerbación de un proceso crónico.

La menstruación favorece la EIP, por la ausencia de una barrera protectora y por ser la sangre un buen medio de cultivo.

DIAGNOSTICO.

Se basa clínicamente en la triada de:

- 1. Dolor en el abdomen inferior, hipersensibilidad a la palpación, dolor a la movilización del cuello y de los anejos.**
- 2. Fiebre mayor de 38° C.**
- 3. Masa anexial al tacto vaginal.**

Constituyen los elementos más importantes para el diagnóstico clínico.

El dolor a la movilización del cuello uterino puede presentarse en cualquier paciente con un proceso inflamatorio peritoneal agudo, pudiéndose presentar en el embarazo ectópico, sangramiento intraperitoneal, torsión anexial y apendicitis.

Pruebas Complementarias:

- 1. Hemograma con diferencial: Leucocitosis $10.500/\text{mm}^3$ ($10,5 \times 10^9$) ó más.**
- 2. Urianálisis.**
- 3. Eritrosedimentación elevada.**

Un valor igual o mayor de 15 mm en la eritrosedimentación, es útil para establecer el diagnóstico. Combinado con la proteína C reactiva (Eritrosedimentación igual o mayor de 40 mm y proteína C reactiva igual o mayor de 60 mg/L) ayudan a clasificar el cuadro clínico en cuanto a su severidad y a determinar el ingreso o no de la paciente.

- 4. Proteína C reactiva elevada.**
- 5. Cultivos cervicales y vaginales (coloración de Gram).**
- 6. Ultrasonografía, sobre todo transvaginal.**
- 7. Laparoscopia.**

Es útil en pacientes con dolor intenso en abdomen inferior de etiología desconocida. Permite el diagnóstico diferencial entre EIP y apendicitis, así como el tratamiento directo en ciertos pacientes.

La laparoscopia es útil en pacientes que no mejoran después de 48-72 horas de tratamiento endovenoso.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

- 1. Endometriosis.**
- 2. Torsión anexial.**
- 3. Ruptura de un quiste de ovario.**
- 4. Patologías renales (litiasis, pielonefritis).**
- 5. Trastornos gastrointestinales.**
- 6. Adherencias pelvianas.**
- 7. Neumonías del lóbulo inferior del pulmón.**
- 8. Apendicitis.**

Los indicadores clínicos en favor de ésta incluyen la anorexia, el inicio del cuadro después de los 14 días del ciclo menstrual, irradiación del dolor y diferencia entre la temperatura rectal y axilar.

En favor de la EIP se incluyen los antecedentes de sepsis vaginal, síntomas urinarios, episodios previos de EIP, dolor en todo el abdomen inferior, dolor a la movilización del cérvix, uroanálisis positivo y secreciones a través del cérvix en el examen pélvico.

A pesar de las diferencias en síntomas y signos, el diagnóstico diferencial es a veces difícil.

PROFILAXIS.

Algunos Aspectos de la Profilaxis.

- a) Los dispositivos intrauterinos incrementan el riesgo de EIP, especialmente en los 4 primeros meses posteriores a la inserción (tienen más riesgo de absceso tubo-ovárico unilateral).
- b) Las pacientes con esterilización quirúrgica (con sección de trompas) tienen menos riesgo de desarrollar una EIP.
- c) Los contraceptivos orales no reducen el riesgo de EIP, aunque pueden ejercer un efecto protector contra la misma al alterar el moco cervical y el endometrio, retardando así el ascenso de la infección.
- d) Los métodos de barrera son los más recomendables, al impedir el ascenso de los espermatozoides. Las bacterias se unen a los espermatozoides y pueden ser trasladadas a través del moco cervical.

SECUELAS DE LA EIP.

1. **Embarazo ectópico** (el riesgo después de un episodio de EIP es de 6 a 10 veces mayor).
2. **Infertilidad** (un 30% de las mujeres se vuelven infértiles, sobre todo si el tratamiento es demorado).
3. **Dolor pélvico crónico.**
4. **Hidrosalpinx.**
5. **Dispareunia crónica.**

ABSCESO TUBO-OVARICO.

El absceso tubo-ovárico es una secuela severa de la enfermedad inflamatoria pélvica que se presenta entre el 3 y el 16% de las pacientes portadoras de ese proceso patológico. El absceso tubo-ovárico es más frecuente en mujeres nulíparas y entre la 3ª y 4ª décadas de la vida.

Su presentación clínica es similar a la de la enfermedad inflamatoria pélvica, con la diferencia de la presencia de una masa anexial o pélvica.

El manejo terapéutico del absceso tubo-ovárico es muy discutido, por el advenimiento de potentes antibióticos de amplio espectro, el desarrollo de las técnicas laparoscópicas operativas y a la mayor sensibilidad sobre la necesidad de preservar tanto la fertilidad como la función hormonal ovárica.

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA.

I. TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA.

Los gérmenes patógenos causantes de las infecciones en el tracto genital superior provienen de la microflora de la vagina y del cérvix.

En muchas oportunidades, estos gérmenes ganan acceso al aparato genital superior sin el antecedente de una infección primaria por un organismo exógeno (gonococo o clamidia).

Las infecciones son generalmente polimicrobianas en su etiología, siendo los anaerobios los probables patógenos en todos los tipos de infección bacteriana del aparato genital de la mujer.

El tratamiento debe incluir un antibiótico que penetre en la cavidad del absceso, permanezca estable en el medio ambiente del mismo y proporcione una cobertura adecuada contra los anaerobios Gram negativos resistentes del grupo de los bacteroides.

Se recomienda como antibióticos de elección el Metronidazol o la Clindamicina, añadiéndose un Aminoglucósido para proporcionar una cobertura adecuada contra los gérmenes aeróbicos Gram negativos (E.Coli), considerándose en estos momentos que el régimen terapéutico más efectivo es la combinación de Clindamicina con un Aminoglucósido. Este tratamiento puede ser sustituido por la combinación de un agente Beta-Lactámico de amplio espectro con Doxiciclina.

Las pacientes con poca probabilidad de responder al tratamiento médico serán aquellas con absceso o masas anexiales mayores de 8 cm o cuando el proceso es bilateral.

La respuesta al tratamiento médico se produce entre 48-72 horas; si al cabo de ese tiempo no se produce mejoría clínica, se debe considerar otras formas de tratamiento.

El éxito del tratamiento médico en el absceso tubo-ovárico es de un 66% conservándose la fertilidad en el 10-14% de los casos.

Se ha reportado una sepsis peritoneal difusa en el 6% de los casos con una mortalidad del 26%. Se ha reportado, además, un 10-15% de embarazos siguiendo el tratamiento del absceso tubo-ovárico con colpotomía y antibióticos.

Tratamiento Antibiótico en Pacientes Ambulatorias.

En la paciente no hospitalizada, además de las medidas higiénico-dietéticas se empleará un esquema de antibióticos:

1. Cefoxina 2g. IM + Probenecid 1g.
2. Ceftriaxona 250 mg. IM (o cefalosporina equivalente) + Doxiciclina 100 mg. VO c/12h x 10-14 d.

Condiciones que Determinan el Ingreso de la Paciente.

1. Nulíparas con primer episodio de EIP.
2. Intolerancia a la medicación oral.
3. Presencia de masa pélvica.
4. Presencia de DIU, el cual debe ser removido a las 48-72 horas del tratamiento antibiótico.
5. Dolor en abdomen superior (sobre todo si se sospecha infección gonocócica).
6. Diagnóstico incierto.
7. Embarazo.
8. Fallo del tratamiento (pacientes ambulatorias que no responden al tratamiento médico en 48-72 h).

Tratamiento Antibiótico en Pacientes Ingresadas.

Régimen A	Régimen B
– Doxiciclina 100 mg c/12 h. VO ó c/8 h. EV + – Cefoxitina 2g EV c/6 h. Cefotetan 2g EV c/12h.	– Clindamicina 900 mg. EV + – Gentamicina 2 mg/kg EV, como dosis de ataque, y después 1,5 mg/kg c/8 h.

El tratamiento debe continuar por 48 horas después de la mejoría clínica y continuar con Doxiciclina 100 mg oral cada 12 horas y con Metronidazol 500 mg oral cada 12 horas durante 10-14 días.

Si se produce un absceso tubo-ovárico se debe usar clindamicina o el metronidazol por sus propiedades farmacológicas.

II. TRATAMIENTO QUIRURGICO.

Con la aparición de nuevos antibióticos y para conservar la fertilidad y la función ovárica, el tratamiento quirúrgico se ha desplazado hacia una cirugía conservadora en el manejo del absceso tubo-ovárico.

Indicaciones del Tratamiento Quirúrgico:

1. Abdomen agudo.
2. Shock séptico.
3. Ruptura del absceso.
4. Fisura del absceso.
5. Fallo del tratamiento médico. Persistencia de:
 - Fiebre.
 - Peritonitis.
 - Ileo.
6. Leucocitosis progresiva.
7. Incremento del tamaño de las masas tumorales.

La ruptura del absceso es una emergencia ginecológica que requiere una intervención quirúrgica inmediata con una mortalidad del 5-10% de los casos cuando se ha empleado la cirugía conservadora y antibioterapia.

Se han reportado buenos resultados con una mortalidad del 7%, con conservación de la función hormonal del 73%, y cirugía posterior en 1 a 5 años del 17,5%.

En el absceso no roto, que constituye la mayoría de los casos, el manejo permanece controvertido con opiniones que varían desde la cirugía radical inmediata al tratamiento conservador con antibióticos hasta la cirugía en las pacientes que no respondan al tratamiento antibiótico o se deterioran clínicamente.

Aspectos del Tratamiento Quirúrgico.

Este puede consistir en la anexectomía unilateral (proceso que afecta un solo anejo) o en la histerectomía abdominal con doble anexectomía si el proceso es bilateral.

De las pacientes sometidas a la anexectomía unilateral aproximadamente un 17% requerirán cirugía posterior.

Se ha reportado un 3-16% de embarazos siguiendo las técnicas conservadoras.

Aspectos Técnicos a Considerar:

- a) Estabilización hemodinámica.
- b) Sangre disponible por la posibilidad de sangramiento al disecar planos.
- c) Preparación del intestino.
- d) Considerar el uso de catéteres ureterales para facilitar la identificación de los uréteres.
- e) Incisión longitudinal media. No emplear Pfannenstiel que conlleva el riesgo teórico de infección subfascial, que se produce cuando la fascia ha sido desgarrada para separarla del músculo recto.
- f) Explorar todo el abdomen para buscar otros abscesos.
- g) Separar adecuadamente el útero y los anejos de la vejiga, intestinos y uréteres.
- h) Irrigación con solución salina caliente antes de cerrar el abdomen.
- i) Drenaje adecuado, del tipo de succión.
- j) Cierre de la fascia con sutura no absorbible permanente.
- k) Algunos autores recomiendan cierre de la piel y tejido celular subcutáneo por segunda intención.

Técnicas Quirúrgicas:

1. Drenaje intraperitoneal.

Realizado hoy día infrecuentemente, fue usado en el pasado cuando el absceso estaba extendido por encima del ligamento de Poupart, requiriéndose la adherencia del peritoneo visceral y parietal.

2. Colpotomía posterior.

Efectiva cuando el absceso está en la línea media se adhiere al peritoneo pelviano y disecciona el tercio superior del tabique recto-vaginal.

Un requisito importante es realizar, previo a la colpotomía, un tacto vaginal bajo anestesia para asegurarse que el absceso no pueda desplazarse de la pelvis, lo que indica adherencia al peritoneo.

Un catéter de Malecot (en forma de hongo) es útil para mantener el drenaje y será retirado 48-72 horas después que haya cesado la salida de pus a través de la colpotomía.

3. Drenaje transabdominal.

Drenaje guiado por ultrasonido o tomografía se ha realizado con un éxito que oscila entre un 70-80%, siendo este proceder una alternativa a la cirugía antes descrita. Entre las posibles complicaciones se encuentran la laceración del intestino y la ruptura del absceso.

4. Anexectomía unilateral.

5. Histerectomía total con doble anexectomía.

6. Drenaje percutáneo guiado radiológicamente.

7. Laparoscopia: colocación de drenaje, anexectomía y drenaje.

La laparoscopia fue empleada por primera vez para el diagnóstico y tratamiento primario del absceso tubo-ovárico por Henry-Swechet en 1984.

Esta puede ser empleada para punción y drenaje del absceso, salpinguectomía o salpingo-ooforectomía. Dentro de las complicaciones, se encuentran: la necesidad de

laparotomizar a las pacientes con lesiones más extensas, la recurrencia del absceso así como el dolor pélvico crónico.

Es posible insertar un catéter en la cavidad del absceso bajo guía laparoscópica, que se exterioriza a través de una pequeña colpotomía, realizándose lavados diarios de la cavidad del absceso a través del catéter.

El tratamiento laparoscópico se asocia a una buena respuesta y resultados favorables, particularmente en la fase temprana de la formación del absceso pero si la trompa y el ovario forman una masa adherente, el absceso tiene más de 8 cm, el proceso es bilateral y existen adherencias densas a órganos pelvianos, el tratamiento debería ser quirúrgico.