

# El Apunte que Habías Perdido

## Enfermedad Pélvica Inflamatoria

Mónica Jiménez-Cornejo  
Médico Interno de Pregrado  
Hospital Civil Fray Antonio Alcalde

### Definición

La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) es una infección de los órganos del aparato reproductor, que recibe también el nombre de salpingitis aguda, puede afectar todos los órganos siendo el de mayor importancia la trompa de Falopio (1).

### Etiología

Es causada por microorganismos de transmisión sexual, especialmente *Neisseria Gonorrhoeae* (NG) y *Chlamydia Trachomatis* (CT), sin embargo los microorganismos que conforman la flora vaginal normal tales como los anaerobios, *Gardnerella Vaginalis*, *Haemophilus Influenzae*, gram-negativos entéricos y *Streptococcus Agalactiae*, también se han asociado con EPI. Además, el *Citomegalovirus*, *Mycoplasma Hominis*, *Ureoplasma Urealyticum* y *Mycoplasma Genitalium* también están asociados con algunos casos de EPI. A todas las mujeres que son diagnosticadas con EPI aguda se les deben realizar pruebas para NG y CT y cribado para VIH (2).

FACTORES DE RIESGO
Duchas vaginales
Soltera
Farmacodependencia
Múltiples parejas sexuales
Nivel socioeconómico bajo
Pareja sexual reciente
Juventud (10 a 19 años)
Otras enfermedades de transmisión sexual
Pareja sexual con uretritis o gonorrea
Diagnóstico previo de enfermedad pélvica inflamatoria
Falta de empleo de métodos anticonceptivos mecánicos o químicos
Prueba endocervical positiva para NG o CT

Tabla 1.  
Principales factores de riesgo asociados a EPI (1).

### Patogenia.

La progresión de la infección suele ser ascendente, debido a que el equilibrio de la microflora vaginal se ha perdido y los mecanismos de defensa locales se ven rebasados permitiendo así el ascenso a través del canal cervical. Como se mencionó en la etiología NG Y CT, son universalmente aceptados como causantes de EPI clásica, la vaginosis bacteriana está presente en 2/3 de las mujeres con EPI y esta afecta por medio de sus proteínas mucolíticas que degradan el moco y los patógenos naturales, por ejemplo las proteasas inhibido-

ras de leucocitos secretores que viven en la mucosa del tracto genital; esto potencia el desarrollo de la inflamación cervical y facilita la infección (1,3).

La enfermedad pélvica inflamatoria es una entidad evolutiva. Motivo por el cual dicha enfermedad pasa por tres etapas: exudación, aglutinación y formación de abscesos (1,3).

### Signos y síntomas.

La EPI se caracteriza por dolor en la porción inferior del abdomen y pélvico, secreción vaginal amarillenta, menorragia, metrorragia, fiebre, escalofríos, anorexia, náuseas, vómito, diarrea, dismenorrea, dispareunia, tenesmo rectal, y dolor en región lumbar que se irradia a las piernas. En la EPI aguda, a menudo aparece leucorrea o endocervicitis mucopurulenta y se debe investigar por microscopía (1,3).

A la exploración pélvica bimanual, se observa dolor a la palpación de órganos pélvicos, dolor a la movilización del cuello uterino que se manifiesta al desplazar rápidamente éste en sentido lateral con los dedos y dolor a la palpación de fondo de saco (1). La peritonitis se identifica con la prueba de rebote sobre el abdomen, cuando tenemos EPI y peritonitis casi siempre se afecta sólo la parte inferior del abdomen. Cuando se extiende a todos los cuadrantes, se debe sospechar la posibilidad de un absceso tuboovárico roto (1).

SINTOMAS
Dolor abdominal
Secreción anormal
Metrorragia
Sangrado postcoital
Fiebre
Dolor bajo de espalda
Nauseas/vómitos.

Tabla 2.  
Principales signos y síntomas de EPI (3)

### Clasificación

La enfermedad pélvica inflamatoria se puede clasificar en asintomática, aguda o crónica que a continuación se definen: EPI asintomática: se caracteriza por Infecciones múltiples o infección leve pero continua en una mujer asintomática. No es un diagnóstico clínico, si no el diagnóstico de una paciente con esterilidad (1).

EPI aguda: Los síntomas ocurren durante o inmediatamente después de la menstruación. Los criterios más recientes recomendados por CDC 2006, son mujeres con actividad sexual activa y riesgo de padecer enfermedad por transmisión sexual con dolor pélvico o abdominal para el que no existen otras causas posibles. Su diagnóstico debe ser EPI si se acompaña de dolor a la palpación del útero, dolor en los anexos o con la movilización del cuello uterino. Uno o más de los datos siguientes aumentan la especificidad diagnóstica: 1) temperatura mayor de 38.3°C, 2) secreción vaginal o cervicouterina mucopurulenta; 3) abundantes leucocitos en el examen microscópico de las secreciones; 4) velocidad de sedimentación globular elevada o proteína C reactiva, 5) presencia de NG o CT en el cuello uterino (1,2).

EPI crónica: se debe sospechar cuando existe el antecedente de EPI aguda y padece dolor. Un criterio para establecer este diagnóstico es la presencia de hidrosalpinx (1).

### Diagnóstico.

El diagnóstico de la enfermedad pélvica inflamatoria es clínico, guiado por pruebas de laboratorio, los exámenes de gabinete que tenemos como auxiliares para confirmar el diagnóstico son: laparoscopia, ecografía y biopsia endometrial.

### Laparoscopia.

Las mujeres con EPI aguda que se someten a una laparoscopia diagnóstica, el diagnóstico se confirma al observar hiperemia de la serosa y edema de las paredes tubarias más un exudado purulento que proviene de la fimbria que se acumula en el fondo de saco.

Hadgu et al en 1986, establecieron criterios que permiten pronosticar enfermedad pélvica inflamatoria en el preoperatorio y valoraron su validez por medio de la presencia o ausencia de la enfermedad en la laparoscopia. Si una mujer satisfacía los 7 criterios que son: 1) mujer soltera 2) presencia de una tumación en los anexos, 3) edad menor de 25 años, 4) temperatura mayor 38°C, 5) NG en el cuello uterino, 6) secreción vaginal purulenta y 7) velocidad de sedimentación globular mayor 15mm/h, se obtenía una precisión de 97%, por lo tanto, valorando el costo de la laparoscopia, se inicia antibioticoterapia en base en el diagnóstico clínico de pacientes con antecedentes y datos físicos sugestivos de EPI aguda. (1)

### Clasificación laparoscópica.

1. Leve, temprana: las trompas engrosadas y ligeramente rojas, pueden moverse libremente, orificios fimbriales abiertos; las fimbrias enrojecidas están cubiertas de exudado y la presión sobre la porción ampular da salida de pus.
2. Moderadamente severa. La serosa tiene fibrina depositada, hay tendencia a adherirse a órganos vecinos, con adherencias velamentosas húmedas y laxas. Las fimbrias están constreñidas por un anillo retráctil en su base (parafimosis) y están ocluidas.

3. Salpingitis severa. Pelviperitonitis. Las superficies peritoneales se presentan rojas, adheridas en una masa inflamatoria, el epiplón sella la pelvis. Se encuentra absceso tubario o tubo-ovárico.

4. Aspecto residual: adherencias firmes, ovarios sepultados: pelvis congelada (4).

### Ecografía.

Se utiliza la ecografía vaginal si existe sospecha de un absceso tuboovárico o para excluir otros diferenciales como causa del dolor (1).

### Biopsia endometrial.

Para el diagnóstico de endometritis. Los leucocitos polimorfonucleares en la superficie endometrial se correlacionan con endometritis aguda mientras que en la endometritis crónica aparecen células plasmáticas (1).

### Complicaciones.

Una de las complicaciones más frecuentes es la infertilidad por oclusión tubárica, teniendo una frecuencia del 15% en el primer episodio, con el segundo episodio 35%, con el tercer episodio un 75%, las mujeres que se logran embarazar tienen el riesgo de padecer un embarazo ectópico de un 10%, el riesgo de padecer dolor pélvico crónico es de un 15-20%, infecciones recurrentes en 20-25% y formación de abscesos en un 5 al 15% (1). Se puede producir el síndrome de Fitz Hugh Curtis cuando existe una extensión de la infección a la glándula hepática produciendo una perihepatitis (5).

### Tratamiento oral.

En un cuadro clínico leve o moderado, se ofrecen resultados similares al tratamiento intravenoso, conviene en paciente que recibe tratamiento ambulatorio iniciar una dosis parental. Si la mujer no responde en las primeras 72 horas, se debe revalorar e iniciar tratamiento parenteral hospitalizándola (1).

TRATAMIENTO AMBULATORIO ORAL RECOMENDADO DE LA EPI	
ESQUEMA A	Levofloxacina 500 mg diarios durante 14 días.
U	Ofloxacino 400 mg diarios durante 14 días con o sin Metronidazol, 500 mg cada 12 horas durante 14 días.
ESQUEMA B	Ceftriaxona, 250 mg IM dosis única mas Doxiciclina, 100 mg por vía oral cada 12 horas durante 14 días con o sin Metronidazol.
O	Cefoxitina, 2 g IM con 1 g de Probenecid oral dosis única, mas Doxiciclina, 100 mg con o sin Metronidazol.
O	Ceftizoxima o Cefotaxima, 1 g IM mas doxicilina con o sin Metronidazol.

Tabla 3.- Esquemas de tratamiento vía oral recomendado para EPI (2).

### Tratamiento parental.

Se debe iniciar tratamiento parenteral en mujeres que cumplen los criterios de hospitalización propuestos en la tabla 4. La duración del tratamiento debe de ser cuando menos por 24 horas. Posteriormente a esto se puede valorar la continuación de tratamiento vía oral o parenteral en casa.

En pacientes con absceso también se puede administrar Clindamicina o Metronidazol, para completar el tratamiento; debe incluirse antibiótico parenteral hasta que la paciente haya permanecido afebril cuando menos 48 horas, si la antibioticoterapia fracasa, se debe realizar drenaje del absceso por vía percutánea o si el absceso desde un principio mide más de 8 centímetros se debe realizar drenaje de primera intención (1).

INDICACIONES RECOMENDADAS PARA LA HOSPITALIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA	
Adolescentes	
Usuarios de drogas	
Enfermedad grave	
Sospecha de absceso	
Diagnóstico incierto	
Peritonitis generalizada	
Temperatura mayor de 38° C	
Fracaso del tratamiento ambulatorio	
Instrumentación intrauterina reciente	
Leucocitosis mayor 15 000 / ml	
Náusea o vómito que impide el tratamiento oral.	

Tabla 4.- Criterios para hospitalizar pacientes con EPI (2)

TRATAMIENTO PARENTERAL RECOMENDADO DE LA EPI	
ESQUEMA A	
Cefotetan, 2 g IV cada 12 horas	
O	
Cefoxitina, 2 g IV cada 6 horas mas Doxiciclina, 100 mg por vía oral o IV cada 12 horas	
ESQUEMA B	
Clindamicina 900mg IV cada 8 horas mas una dosis de carga de Gentamicina de 2 mg/kg seguida de una dosis de mantenimiento de 1.5 mg/kg cada 8 horas se puede sustituir por una sola dosis diaria de 5 a 7 mg/kg/día	
ESQUEMAS PARENTERALES ALTERNATIVOS	
Levofloxacina, 500 mg IV diariamente con o sin Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas.	
O	
Ofloxacina, 400 mg IV cada 12 horas con o sin Metronidazol.	
O	
Ampicilina/Sulbactam, 3 g IV cada 6 horas mas Doxiciclina, 100 mg vía oral o IV.	

Tabla 5.- Esquemas de tratamiento parenteral para la EPI

## Referencias

1. Schorge, Schaffer, *Williams Ginecología*, McGraw Hill, 2009, primera edición 73-76.
2. Centers of Disease Control and Prevention CDC, *Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2006*.
3. David E. Soper, *Pelvic Inflammatory Disease*, *Obstet Gynecol* 2010;116:419-28
4. Luis G, J Guadalupe P, *Ginecología*, 2007 2da ed.
5. Peter NG, Clark LR, Jaeger JR. *Fitz-Hugh-Curtis syndrome: A diagnosis to consider in women with right upper quadrant pain*. Cleve Clin J Med. 2004 Mar;71(3):233-9.