

GINECOLOGÍA

ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA: GENERALIDADES Y MANEJO TERAPÉUTICO EN LAS MUJERES AFECTADAS CON ESTE PADECIMIENTO

María Isabel Larraburo Brenes*

SUMMARY

It is a general term for acute, subacute, or chronic recurrent ovaries and oviducts to be inflamed, which usually involve adjacent tissues. The term of EPI is vague at best, and should be discarded in favor of more specific terminology, which should include identification of affected organs, the stage of infection and if possible the causative agent. (9)

Palabras claves: Enfermedad pélvica inflamatoria, enfermedad de transmisión sexual, velocidad de eritrocedimentación, vía oral, vía intravenosa.

INTRODUCCIÓN

Cada año miles de mujeres experimentan un episodio de enfermedad pélvica inflamatoria aguda (EPI) y estas son sometidas a un creciente riesgo de molestias crónicas en el hemiabdomen inferior, embarazos ectópicos, dolores por adherencias e infertilidad tubárica (4). En Estados Unidos de Norteamérica se estima que más de un millón de mujeres son tratadas por EPI, siendo la causa de un 5-20% de hospitalización en el servicio de ginecología de los EE.UU.(1) EPI es una infección aguda que afecta

útero y/o trompas y/o ovarios, producida por la diseminación ascendente de microrganismos del tracto genital inferior, en la cual frecuentemente los órganos vecinos resultan afectados en la infección. Por definición se trata de una infección adquirida en la comunidad, de transmisión sexual y que debe distinguirse de las infecciones iatrogénicas, infecciones en la gestación y otros procesos abdominales primarios. Los principales agentes involucrados son la *N. gonorrhoeae* (aislado en un 40 -60%) y *C. trachomatis* (10% de los casos). (5)

* Médico General UCR.

FACTORES DE RIESGO

Afecta principalmente a las adolescentes y menores de 25 años por factores fisiológicos (asociado a niveles de estrógeno alto y por presencia de ectopia cervical que facilita la fijación de los agentes causales), sexualmente activas y con hábitos sexuales riesgosos, falta de uso de métodos anticonceptivos de barrera, uso excesivo de duchas vaginales. El antecedente de EPI previo aumenta el riesgo de nuevos ataques, probablemente porque la cicatrización impide el mecanismo habitual de limpieza tubárica.

DIAGNÓSTICO

Tradicionalmente el diagnóstico se ha basado en una tríada: dolor pélvico, dolor a la movilización del cérvix y palpación anexial y presencia de fiebre, sin embargo hay pacientes que pueden tener síntomas leves que nos pueden confundir en el momento del diagnóstico. El objetivo del diagnóstico de la EPI, es establecer guías de actuación suficientemente sensibles para evitar perder los casos leves, pero suficientemente específicas para evitar administrar antibióticos a mujeres que no estén infectadas. Por lo tanto, el diagnóstico de EPI requiere una cuidadosa

Criterios mayores	Criterios menores
<ul style="list-style-type: none"> • Historia o presencia de dolor en hemiabdomen inferior • Dolor a la movilización cervical en la exploración • Dolor anexial en la exploración abdominal • Historia de actividad sexual en los últimos meses • Ecografía no sugestiva de otra patología 	<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura $>38^{\circ}\text{C}$ • Leucocitos $>10500/\mu\text{l}$ • VES elevada • GRAM de exudado intracervical demostrando diplococos intracelulares sugestivos de gonococo, cultivo (+) para N. Gonorrhoeae o cultivo (+) u observación al examen directo por IFD de C. Trachomatis.

consideración de la combinación de los factores de riesgo del paciente, hallazgos del examen físico, los hallazgos de laboratorio y la presentación clínica en general.

El diagnóstico se basa en la presencia de todos los criterios mayores y al menos uno de los menores.

Criterios de Gainesville: utilizados para pronóstico y tratamiento (4)

Estadio I : Endometritis-salpingitis

Estadio II : Endometritis-salpingitis-peritonitis

Estadio III: Absceso tuboovárico

Estadio IV: Absceso tuboovárico roto

TRATAMIENTO

Con el advenimiento de la antibioticoterapia se redujo el número de intervenciones quirúrgicas y las complicaciones propias de la EPI, de aquí la importancia de un diagnóstico

temprano y el inicio oportuno del tratamiento. Los dos objetivos más importantes del tratamiento temprano son la resolución de los síntomas y la preservación de la función tubárica, erradicando los agentes etiológicos, utilizando como mínimo dos antibióticos. Aproximadamente un 12 % de mujeres se convierten en infériles después de un simple episodio, casi un 25 % después de dos episodios y casi un 50 % después de tres episodios. (4)

• Pacientes de manejo hospitalario

Se ingresa las pacientes con EPI en estadio II, III y IV y en estadio I cuando ocurra alguna de las siguientes circunstancias: falta de respuesta a la antibioterapia después de 48 h, sospecha de incumplimiento terapéutico, temperatura $> 38^{\circ}\text{C}$, diagnóstico incierto, riesgo quirúrgico, náuseas y/o vómitos, intolerancia oral, embarazo y signos de reacción peritoneal .(4)(7)

Régimen A:

- Cefepime 2 gr/12 h. (no existente en el país)
- Ceftriazona 2 gr/24 h. IV + Doxiciclina 100 mg/12 h. IV o VO

Régimen B:

- Gentamicina 2mg/kg / 8 h. IV
- + Clindamicina 900 mg/8 h. IV

Alternativo:

- Ampicilina 3g IV/ 6h + Doxiciclina 100mg VO o IV / 12 horas.

Estos regímenes se administran hasta mejorar síntomas (48 horas después de mejoría evidente), luego se continua Doxiciclina 100 mg/12 h vía oral o Clindamicina 450 mg/8 h vía oral hasta completar 14 días de tratamiento. Si la paciente tiene un DIU es preciso la extracción y cultivo del mismo, si existe absceso mayor de 8 cm o en estadio IV se procederá al drenaje quirúrgico. Las parejas sexuales de las pacientes con EPI deben ser estudiadas y tratadas si han mantenido relaciones en los 2 meses previo a la aparición de síntomas de EPI. Azitromicina 2 gr. en dosis única VO o Ceftriazona 250mg IM. en dosis única y Doxiciclina 100mg/12 horas VO por siete días.(1)

- **Pacientes de manejo ambulatorio**

En las pacientes con estadio I sin criterios de ingreso hospitalario se prescribirá

tratamiento ambulatorio con:

Régimen A:

- Ceftriazona 250 mg IM(dosis única) o Cefoxitina 2 g IM dosis única + Doxiciclina 100 mg/12 h. VO durante 14 días +/- Metronidazole 500mg /12 h. por 14 días.

Régimen B:

- Levofloxacina 500mg/24 h. vía oral +/- Metronidazole 500 mg/12h. VO durante 14 días. (cuando riesgo individual de gonorrea es bajo)

CONCLUSIONES

-La prevención primaria intenta evitar la infección mediante una tarea fundamentalmente educativa. La educación debe de estar enfocada a cambios de hábitos sexuales riesgosos, impulsando un retraso de la edad de comienzo de las relaciones sexuales, disminución del número de parejas, elección de parejas con bajo riesgo de ETS y utilización de métodos anticonceptivos de barrera, especialmente el preservativo.

-El examen ginecológico debe de estar presente en aquellas pacientes con dolor abdominal en parte inferior, recordando que la EPI tiene una alta prevalencia en nuestro medio e incluye desde síntomas leves hasta los más evidentes

-Tiene importantes consecuencias a largo plazo sobre la fertilidad

futura.

-El tratamiento médico debe iniciarse tan pronto como se determine el diagnóstico sin esperar el resultado del cultivo de muestras, de una manera empírica y con espectro polimicrobiano. Los resultados posteriores de microbiología modificarán si es preciso, la terapia antibiótica inicial.

- Las parejas sexuales de las pacientes con EPI deben ser estudiadas y tratadas si han mantenido relaciones en los 2 meses previos a la aparición de síntomas de EPI.

RESUMEN

EPI es una infección aguda que afecta útero y/o trompas y/o ovarios, producida por la diseminación ascendente de microrganismos del tracto genital inferior, en la cual frecuentemente los órganos vecinos resultan afectados en la infección. Es una infección adquirida en la comunidad, de transmisión sexual que involucra principalmente a la N. gonorrhoeae y que tradicionalmente ocasiona una triada de síntomas: dolor pélvico, dolor a la movilización del cérvix y palpación anexial y presencia de fiebre.

BIBLIOGRAFÍA

1. Data from Centers for Disease

- Controls and Prevention. Updated recommended treatment regimens for gonococcal infections and associated conditions - United States, April 2007. Available at: <http://www.cdc.gov/std/Treatment/2006/updated-regimens.htm>. Accessed September 23, 2008.
2. De la Cruz Gina, Bautista Margarita. Estudio Epidemiológico de la Enfermedad Pélvica Inflamatorio. Revista Ginecología y Obstetricia Peruana 2005; 51:126-131.
 3. Gutiérrez Ramos Miguel. Simposio: Enfermedad Inflamatoria Pélvica. Revista Peruana de Ginecología & Obstetricia. 2007;53:228-233.
 4. Hernández Durán Daisy; Díaz MitjansI Orlando. Enfermedad Inflamatoria Pélvica. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.2010; 36(4)613-631.
 5. Jossens MO, Schachter J, Sweet RL. Risk factors associated with pelvic inflammatory disease of differing microbial etiologies. *Obstet Gynecol* 1994;83:989-97.
 6. Liu Bette, Donovan Basil, Hocking Jane S. Review Article Improving Adherence to Guidelines for the Diagnosis and Management of Pelvic Inflammatory Disease. Hindawi Publishing Corporation ; Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology Volume 2012, Article ID 325108, pag 6.
 7. M. Lareau Susan,H. Beigi Richard. Pelvic Inflammatory Disease and Tubo-ovarian Abscess. Elsevier Saunders 22 (2008) pag 693–708.
 8. Sweet RL. Gibbs RS. Pelvic inflammatory disease. Infectious diseases of the female genital tract. 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. p. 368–412.
 9. W. Ainbrinder Steven, M. Ramin Susan, y De Cherney Alan H. Enfermedades de transmisión sexual e infecciones pélvicas , Pag 708 .
 10. Vernet M^a del Mar, Sales Josep, Castillo M^a Teresa . Revisión de la evidencia en el tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria. Revista de Ginecología y Obstetricia Clínica 2005;6(3):134-138.