

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**ENFERMEDAD PELVICA
INFLAMATORIA**

Silvia Barrantes Rodríguez*

SUMMARY

Pelvic inflammatory disease is a common condition in young, sexually active women, associated with promiscuity, surgery, previous abortions and other sexually transmitted infections. This pathology affects the upper genital tract and causes an infection and inflammation of the pelvic organs, is usually polymicrobial and generally produces pelvic pain, fever and leukocytosis. It is essential to make an early diagnosis in order to properly and timely treat this infection.

INTRODUCCION

En el campo de la ginecología y obstetricia, las infecciones pélvicas forman parte de un grupo de patologías que generan cuadros clínicos variados, desde procesos no complicados hasta síntomas severos como los cuadros sépticos, los cuales pueden llegar a comprometer la vida de las pacientes y en el peor de los casos causarles la muerte. Dentro de las afecciones pelvianas tenemos la enfermedad pélvica inflamatoria, que es una patología infecciosa polimicrobiana, causada

tanto por microorganismos de transmisión sexual como por otras bacterias que ascienden hacia las estructuras pélvicas.⁽¹³⁾ La EPI (como suele llamarse a la enfermedad pélvica inflamatoria) afecta principalmente a mujeres jóvenes sexualmente activas, que iniciaron su vida sexual a edades tempranas y está relacionada también con la promiscuidad.⁽¹³⁾

DEFINICIÓN

Es un síndrome clínico que abarca procesos inflamatorios e infecciosos del tracto genital superior en la mujer, incluye

* Médico General – Universidad de Iberoamérica

una o varias de las siguientes condiciones: endometritis, salpingitis, peritonitis, absceso de trompas y ovarios; dichas entidades generalmente se encuentran combinadas; siendo la salpingitis el proceso más frecuente.^(2,13)

EPIDEMIOLOGÍA

La enfermedad pélvica inflamatoria afecta principalmente a mujeres en edad reproductiva, por lo general entre los 15 y 25 años; según lo establecido la mayoría son promiscuas, las cuales empezaron sus relaciones sexuales a edad temprana y sin la protección (especialmente de barrera) adecuada.⁽⁹⁾ Alrededor del 75% de las pacientes son nulíparas y pueden sufrir consecuencias como infertilidad y un aumento de incidencia de embarazos ectópicos.⁽⁹⁾

ETIOLOGÍA

Esta enfermedad suele generarse cuando las bacterias ascienden desde vagina y cérvix al tracto genital superior y colonizan la región formando una infección y un proceso inflamatorio, generando distintos cambios físicos en los órganos internos y la formación de un exudado purulento que afecta principalmente la mucosa tubaria.^(11,12) Es una patología que suele ser polimicrobiana, en

la cual la mayoría de casos son provocados por *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*, dos microorganismos de transmisión sexual aislados en más del 50% de los casos; así como por aerobios y anaerobios.⁽⁸⁾ *Mycoplasma genitalium* es otro patógeno de transmisión sexual que se identifica cada vez más entre las mujeres con la enfermedad pélvica inflamatoria, siendo un microorganismo del tracto genital identificado en aproximadamente un 15 a un 20% de las mujeres jóvenes actualmente.⁽⁶⁾ El tipo y número de especies varían según el estadio de la enfermedad. En horas tardías de la enfermedad se cultivan menos microorganismos y empiezan aparecer bacterias anaerobias.⁽¹¹⁾

FISIOPATOLOGÍA

Los órganos genitales femeninos internos son estériles en estado normal, haciendo excepción durante los periodos menstruales, ya que en esos momentos puede haber pequeños inóculos transitorios de algunas bacterias.⁽¹³⁾ La mejor barrera protectora para el endometrio y tracto genital superior contra infecciones por la flora vaginal, es por medio del canal endocervical y el moco cervical. Cuando se lesiona el canal endocervical alterando esta barrera protectora, permite la infección de diversas zonas

anatómicas.⁽¹⁴⁾ Dentro de los órganos que afecta la enfermedad están el cérvix, endometrio, trompas uterinas, ovarios, parametrios, peritoneo pélvico, y extragenital como la perihepatitis.⁽¹²⁾ La competencia inmunológica intrínseca de la mujer, el estado nutricional de la misma y la alteración de los mecanismos barrera de defensa como lo es el moco cervical, favorecen el ascenso de los distintos patógenos, y determinan en gran parte la susceptibilidad a la agresión bacteriana.⁽⁴⁾ La infección que se produce alcanza las trompas uterinas y genera una reacción inflamatoria, ocurriendo varios cambios como vasodilatación, destrucción del endosalpinx y producción de exudado purulento, lo cual provoca una alteración importante en la superficie de la mucosa tubárica. Esta alteración de la mucosa es la responsable de una clínica más insidiosa y consecuencias más graves.^(4,13)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Existe mucha variabilidad en la forma de presentación de la EPI, puede presentarse de una manera prácticamente asintomática hasta cuadros de abdomen agudo. El dolor abdominal es el síntoma más constante, se presenta en el 95% de los casos y aunque es inespecífico, tiende a localizarse

o a ser más intenso en el cuadrante inferior del abdomen.^(11,13) No existe un síntoma patognomónico como tal en la EPI; sin embargo existe una triada característica que se puede encontrar hasta en las pacientes, consiste en: **dolor pélvico, fiebre y leucocitosis.**⁽²⁾

FACTORES DE RIESGO

Existen varios factores de riesgo para producir EPI entre ellos la vida sexualmente activa, tener múltiples parejas sexuales, el uso de DIU, la instrumentación uterina, tener otras enfermedades de transmisión sexual, abortos, duchas vaginales y episodios previos de EPI.^(2,4)

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la enfermedad se basa en las manifestaciones clínicas y se complementa con ciertos exámenes de laboratorio y otros estudios más especializados. Para realizar el diagnóstico se toman en cuenta los criterios de Sweet: mayores y menores, se debe tener todos los criterios mayores y al menos uno menor para decir que una paciente está diagnosticada con EPI.

Se puede diagnosticar y clasificar la EPI según las características clínicas de la enfermedad en tres diferentes grados⁽¹³⁾:

- Grado I: cuando la enfermedad

TABLA 1. Criterios de Sweet para diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria

| CRITERIOS MAYORES | CRITERIOS MENORES |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Historia o presencia de dolor en hipogastrio o hemiabdomen inferior, generalmente a la palpación. 2. Dolor a la movilización del cérvix durante la exploración clínica. 3. Dolor a la palpación de anexos, también a la exploración clínica. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Temperatura de 38°C o más 2. Material purulento identificado por culdocentesis o laparoscopia 3. Leucocitosis mayor de 10500/mm³. 4. Masa al examen físico o por ultrasonido. 5. Cultivo de exudado intracervical positivo ya sea por diplococos, N. gonorrhoeae u otra bacteria. 6. Velocidad de eritrosedimentación elevada. |

FUENTE: Enfermedad Pélvica Inflamatoria Capítulo VI (13)

es no complicada, sin masas ni signos de irritación del peritoneo.

- Grado II: enfermedad complicada (ya sea masa o abscesos que involucran ovarios y/o trompas uterinas) y tienen agregado signos de irritación peritoneal.
- Grado III: ya se encuentra diseminada a estructuras fuera de la pelvis y con respuesta sistémica.

La laparoscopia se considera el estándar de oro para el diagnóstico de la EPI; puede identificar el edema, eritema y exudado purulento, dentro de los cuales se pueden realizar biopsia y pruebas microbiológicas que confirman las sospechas y dan el diagnóstico definitivo.⁽⁵⁾

COMPLICACIONES

Un tratamiento pronto y adecuado puede ayudar a prevenir las complicaciones causadas por la

EPI, tal como el daño permanente a los órganos femeninos. Sin embargo existe una serie de complicaciones que amenazan la vida de éstas pacientes; entre las que cabe mencionar: la esterilidad, embarazo ectópico, dolor pelviano crónico, síndrome Fitz-Hugh-Curtis y la mortalidad como el peor desenlace que puede generar dicha patología.^(11,15)

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

Se ha establecido que las pacientes con Enfermedad pélvica inflamatoria requieren ingreso hospitalario cuando están en grados II y III, también pueden quedar hospitalizadas si cumplen alguna de las siguientes situaciones: no responde a la terapia antibiótica después de 48 horas o se sospecha que hay incumplimiento del tratamiento, temperatura > 38°C, náuseas y vómitos o no tolera la vía oral,

embarazo, reacción peritoneal alta, diagnóstico dudoso o riesgo quirúrgico.⁽³⁾

TRATAMIENTO

El tratamiento de la EPI presenta diversos objetivos terapéuticos, que son la eliminación de la infección aguda, de los síntomas, y la prevención de las secuelas a largo plazo. El manejo adecuado de dicha patología es de mucha importancia, una vez hecho el diagnóstico, se establece el grado de severidad de la enfermedad, para determinar si el tratamiento se hará ambulatoriamente o será necesaria la hospitalización del paciente. Una variedad de esquemas de tratamiento antibiótico han demostrado ser efectivos en lograr una curación clínica y microbiológica. Se debe tener en cuenta el costo, la biodisponibilidad, la sensibilidad antimicrobiana y la aceptación del paciente.⁽¹⁰⁾ Un aspecto muy importante es la elección de la vía de administración; ya que esto determinará el cumplimiento del tratamiento por la paciente; más aún teniendo en cuenta que la vía oral ha demostrado similares resultados que la vía parenteral. Sin embargo el tratamiento no se circunscribe solamente al manejo antibiótico, sino que en los últimos años ha recibido valioso aporte de la laparoscopia, la cual se ha convertido en el procedimiento

CUADRO 1. Régimen de tratamiento de la EPI.^(7,10)

| Régimen de ingreso | Régimen ambulatorio |
|---|--|
| Régimen A Cefoxitina 2 g IV cada 6 horas o bien cefotetan 2 g IV cada 12 horas + Doxiciclina 100 mg cada 12 horas | Régimen A Cefoxitina 2 g IM + probenecid 1 gr vía oral o bien ceftriaxona 250 mg IM u otra cefalosporina de tercera generación + Doxiciclina 100 mg oral 2 veces al día durante 14 días |
| Régimen B Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas + Gentamicina dosis inicial 2 g/Kg peso seguida de una dosis de 1,5 mg/Kg cada 8 horas | Régimen B Ofloxacino 400 mg vía oral 2 veces al día durante 14 días + Clindamicina 450 mg oral 4 veces al día |
| Régimen alternativo Ampicilina + doxiciclina o Ofloxacino + clindamicina o Metronidazol | Metronidazol 500 mg oral 2 veces al día durante 14 días |

FUENTE: Pelvic inflammatory disease. (7)

de mayor valor diagnóstico de la EPI así como de gran importancia en el tratamiento quirúrgico.^(7,10)

El manejo laparoscópico permite realizar: lisis de adherencias (acuadisección), drenaje del absceso (con toma de cultivos), excisión de los tejidos infectados o necróticos e irrigación de la cavidad peritoneal.⁽¹⁰⁾ La terapia neural permite el control del dolor y otros síntomas persistentes, mediante el uso de 1 cc de Procaína al 1% por vía intravenosa; el cual bloquea la conducción nerviosa, previniendo el inicio y la propagación del impulso nervioso dando alivio a las pacientes y mejorando su calidad de vida. El tratamiento con campos magnéticos aplicado en sesiones cada 8 horas a nivel pélvico, produce disminución de temperatura, del conteo de leucocitos, de la velocidad de eritrosedimentación y una mejoría evidente en la ecografía

transvaginal.⁽²⁾

RESUMEN

La enfermedad pélvica inflamatoria es una patología frecuente en las mujeres jóvenes y sexualmente activas, asociado con la promiscuidad, intervenciones quirúrgicas, abortos previos y otras infecciones de transmisión sexual. La EPI afecta el tracto genital superior y produce una infección e inflamación de los órganos pélvicos. Esta enfermedad suele ser polimicrobiana, en la cual la mayoría de casos son provocados por *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*; sin embargo actualmente existe un agente que está cobrando fuerza en su etiología, como lo es *Mycoplasma genitalium*. Existe una triada característica que se puede encontrar hasta en el 30% de las pacientes, consiste en un dolor pélvico, fiebre y

leucocitosis. Es esencial realizar un diagnóstico temprano para poder tratar adecuadamente y a tiempo esta infección, para ello debe realizarse una exploración física ginecológica minuciosa y determinar las manifestaciones clínicas evidentes de esta patología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Corral C, Pérez M, Salmon A, López E, Marañón M. Efectividad del tratamiento con campos magnéticos oscilantes de ultrabaja frecuencia en el tratamiento de la inflamación pélvica. Hospital Gineco-Obstétrico docente "Tamara Bunke Bider" Santiago de Cuba. Noviembre 2008. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1323/2/Efectividad-del-tratamiento-con-campos-magn%E9ticos-oscilantes-de-ultrabaja-frecuencia-en-el-tratamiento-de-la-inflamaci%F3n-pelvica>
2. DeCherney A, Nathan L, Goodwin T, Laufer N, Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétrico, 7ma edición, México, Editorial El Manual Moderno 2007.
3. ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA (EIP). Disponible en: <http://www.dep19.san.gva.es/servicios/urgencias/files/protocolos/epi.pdf>
4. Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). Clínica de maternidad Rafael Calvo. Disponible en: http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/ENFERMEDAD_P%C3%89LVICA_INFLAMATORIA.pdf
5. García L, Mendoza J, Herrera N, Núñez A. Valor de la ultrasonografía abdominal en la enfermedad inflamatoria pélvica. Revista Cubana de ginecología: 2001; 27(1):12-5.
6. Haggerty C, Taylor B. Mycoplasma genitalium: an Emerging Cause of pelvic Inflammatory Disease. Infections Diseases in Obstetrics and Gynecology. Volume 2011. Article ID: 959816.
7. Hernández D, Díaz O. Enfermedad inflamatoria pélvica. Ginecología y salud reproductiva. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol36_04_10/gin15410.htm
8. Iglesias J, Saldívar D, Tijerina R, González G, Garza E, Rosales E. Chlamydia trachomatis y Neisseria gonorrhoeae: prevalencia y relación con los datos clínicos de vaginitis. Medicina Universitaria, 2007
9. Llorente D; Cedeño S; Fuentes P, et al. Enfermedad Inflamatoria pélvica tumoral en la adolescente. iMedPub Journals, 2008. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/503/50312954001.pdf>
10. López A. Enfermedad Inflamatoria Pélvica: Tratamiento médico y quirúrgico. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2007; 53 :240-247.
11. Martens M. Enfermedad inflamatoria pelviana. Capítulo 28. Ginecología quirúrgica Te Linde, tomo 1. 9ª Edición, Editorial Panamericana, Buenos Aires 2007.
12. Martínez V, Vanegas R. ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA TUMORAL EN ADOLESCENTES. Revista Cubana de Ginecología 2002;28 (2): 107-110
13. Müller Edith. ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA. CAPITULO VI. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Universidad Nacional de Colombia. Disponible en: http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Genitourinarias-ginecologia/Enfermedad_pelvica_inflamatoria.pdf
14. Pérez C, Parra C, Cuevas A. Enfermedad pélvica inflamatoria. Depto. de Ginecoobstetricia. Bucaramanga, Santander, 2007. Disponible en: <http://www.aibarra.org/Guias/6-7.htm>
15. Saona P, Ugarte P. Enfermedad Inflamatoria pélvica: Diagnóstico y complicaciones, Revista Peruana de Ginecología y obstetricia, 2007.