

## ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA

(PELVIC INFLAMMATORY DISEASE)

\* Leidy Vásquez Valerio

### RESUMEN

La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) es una infección de los órganos del sistema reproductivo de la mujer. Se puede reducir con el tratamiento temprano de la cervicitis y las infecciones del tracto genital inferior. Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) están asociadas con la EPI, pero los microorganismos anaeróbicos vaginales también pueden ser causa de enfermedad, por lo tanto, se debe considerar la cobertura antibiótica para estos patógenos en mujeres con síntomas graves o abscesos pélvicos.

### DESCRIPTORES

Enfermedad de transmisión sexual, Chlamydia trachomatis, endocérvix.

### SUMMARY

Pelvic Inflammatory Disease (PID) is an infection of the organs of a women's reproductive system. It can be reduced with early treatment of cervicitis and lower genital tract infections.

Sexually transmitted diseases (STDs) are associated with PID, but vaginal anaerobic microorganisms may also be disease cause, therefore, antibiotic coverage for these pathogens should be considered for women with severe symptoms or pelvic abscesses.

### KEYWORDS

Sexually transmitted disease, Chlamydia trachomatis, endocervix

\*Médico General.  
Universidad internacional de  
las Américas. (UIA). San  
José - Costa Rica

## INTRODUCCION

Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI) se asocia con una significativa morbilidad reproductiva, puede ser reducida con un adecuado tratamiento temprano de la cervicitis y de las infecciones del tracto genital inferior. Para el diagnóstico, el personal de salud debe mantener un alto índice de sospecha cuando es una mujer en edad reproductiva que se queja de dolor abdominal y pélvico, las infecciones de transmisión sexual (ETS) se asocian comúnmente con EPI, pero

microorganismos anaerobios vaginales también puede ser la causa, por lo tanto, la cobertura con antibióticos para estos patógenos debe ser considerada para las mujeres con síntomas severos o abscesos pélvicos.

## DEFINICION

La EPI se caracteriza por infección e inflamación del tracto genital superior. Mientras que el diagnóstico de EPI puede realizarse mediante la visualización laparoscópica de las trompas de falopio inflamadas y purulentas, hay que recordar

que la EPI es generalmente un diagnóstico clínico y por lo tanto representa un reto diagnóstico. Esta puede causar secuelas significativas para la salud reproductiva de las mujeres, por ejemplo: endometritis, peritonitis pélvica, abscesos tubáricos y salpingitis; por lo tanto, el diagnóstico y los algoritmos de tratamiento aconsejan un alto índice de sospecha de EPI en cualquier edad reproductiva.

## EPIDEMIOLOGIA

En los Estados Unidos en el 2000, se estimó que había 1,2 millones de visitas médicas por EPI, número que ha estado disminuyendo desde 1985. Esta disminución se atribuye en parte a la adopción generalizada de la detección de *Chlamydia trachomatis*, cuyo objetivo es identificar y tratar casos asintomáticos de cervicitis antes de que puedan progresar a EPI. Los factores de riesgo para EPI son: múltiples parejas sexuales, inicio temprano de relaciones sexuales, tabaquismo y consumo de drogas ilícitas.

## PATOGENESIA

Es una infección polimicrobiana ascendente que conduce a la inflamación del tracto genital superior que resulta de microorganismos que colonizan el endocérvix y ascienden al endometrio, trompas de falopio que además puede afectar a los órganos pélvicos vecinos. Posteriormente, los neutrófilos son reclutados abundantemente en los sitios infectados por ende, las manifestaciones de la enfermedad aparecen.

Hasta el 75% de los casos ocurren durante la fase folicular del ciclo menstrual. De manera similar, un ambiente alto en estrógenos, junto con la presencia de la ectopia cervical encontrada en la

adolescencia facilita la unión de *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*, que pueden contribuir a las tasas más altas de EPI entre las mujeres jóvenes.

## ETIOLOGIA

En los inicios de la EPI, la gonorrea fue el patógeno que más se aisló, y es el que tiene más probabilidades de causar síntomas graves. Sin embargo, a medida que la prevalencia de gonorrea disminuye, su importancia como agente causal para EPI ha disminuido. La *Chlamydia trachomatis* sigue siendo detectado hasta en el 60% de las mujeres con salpingitis confirmada o endometritis.

La proporción de casos de EPI que involucran etiología no gonocócica, no clamidiana, varía entre 9-23% en mujeres con salpingitis confirmada o endometritis.

## FISIOPATOLOGIA

Se cree que los microorganismos implicados en la EPI se propagan de tres maneras :

- ***Intraabdominal:*** viajando desde el cuello uterino hasta el endometrio, pasando por la trompa y hacia la cavidad peritoneal.
- ***Sistemas linfáticos:*** como la infección del parametrio por un dispositivo intrauterino (DIU).
- ***Rutas hematógenas:*** como la tuberculosis, aunque esto es raro.

## DIAGNOSTICO

Se basa principalmente en la evaluación clínica. Lo más importante es que los médicos deben considerar la EPI en el diagnóstico diferencial en mujeres de 15 a 44 años de edad que presentan 1 o más de

los siguientes: sensibilidad al movilizar el cérvix, sensibilidad a la palpación uterina y/o de anexos, incluso si estos síntomas son leves. Sin embargo, no hay ningún síntoma, hallazgo físico o prueba de laboratorio que sea lo suficientemente sensible o específico como para diagnosticar definitivamente. El diagnóstico clínico solo es 87% sensible y 50% específico. Cuando se compara con la laparoscopia, el diagnóstico clínico de EPI en pacientes sintomáticos tiene un valor predictivo positivo de 65% a 90%.

Los siguientes criterios pueden mejorar la especificidad del diagnóstico:

- Temperatura > 38,3 ° C.
- Secreción mucopurulenta cervical o vaginal.
- Presencia de un número abundante de glóbulos blancos en la microscopía salina de líquido vaginal.
- Velocidad de eritrosedimentación y PCR elevada.
- Documentación por laboratorio de infección cervical con Gonorrea o Clamidia.

Criterios sugeridos para la hospitalización:

- Incapacidad para tolerar un régimen de medicación oral.
- No hay respuesta clínica a la terapia oral.
- El embarazo, enfermedad grave, náuseas y vómitos, o fiebre alta.
- Las emergencias quirúrgicas (por ejemplo, apendicitis) no pueden ser excluidas absceso Tubo-ovario.

Componentes claves del examen físico incluyen:

1. Examen abdominal, incluyendo

palpación del cuadrante superior derecho.

2. Examen con especuloscopia vaginal, incluyendo la inspección del cuello uterino para detectar friabilidad y flujo cervical mucopurulento.
3. Examen bimanual, que evalúa el dolor cervical, la sensibilidad uterina o anexial, así como las masas pélvicas.
4. Evaluación microscópica de una muestra de flujo cervicovaginal.

## TRATAMIENTO

El tratamiento debe ser empírico porque raramente se conoce o se confirma el diagnóstico en un tiempo determinado.

La primera opción para el tratamiento oral incluye una dosis intramuscular de 250 mg de ceftriaxona más 100 mg de doxiciclina por vía oral (VO) dos veces al día (BID) durante 14 días y la primera opción para mujeres hospitalizadas incluye cefotetán 2 g IV cada 12 horas y doxiciclina 100 mg VO BID cada 12 horas, seguido por doxiciclina 100 mg VO BID para un total de 14 días.

El seguimiento es importante para asegurar que el paciente está respondiendo al tratamiento ambulatorio. Los síntomas clínicos deben mejorar dentro de las 72 horas, y si no, se recomienda una evaluación más detallada. Las parejas masculinas de mujeres con EPI deben ser evaluadas y tratados si han tenido contacto sexual dentro de los 60 días posteriores al diagnóstico. Para disminuir la probabilidad de recurrencia, las mujeres y sus parejas debe abstenerse de tener relaciones sexuales hasta que haya completado el curso del tratamiento. Las mujeres con EPI deben ser aconsejadas sobre la prevención de ETS porque hay un alto riesgo de reinfección, incluso cuando los han tratado. Es importante repetir las pruebas para las

mujeres con Clamidia o gonorrea, se tratamiento.  
sugiere de tres a seis meses después del

## BIBLIOGRAFIA

1. Caroline Mitchell, Malavika Prabhu. (2013). Pelvic Inflammatory Disease: Current concepts in pathogenesis, diagnosis and treatment. © Elsevier Inc., 1-3.
2. Margaret Gradison, M. (15 de Abril de 2012). Pelvic Inflammatory Disease. American Academy of Family Physicians., 791. Obtenido de American Family Physician: [www.aafp.org/afp](http://www.aafp.org/afp).
3. Shun-Fa Yang, Tzu-Fan Wua, Hsiu-Ting Tsai, Long-Yau Lin, Po-HuiWang. (2014). New markers in pelvic inflammatory disease. Elsevier, 119.
4. Wiesenfeld., Catherine A. Chappell & Harold C. (Diciembre de 2012). Pathogenesis, Diagnosis, and Management of Severe Pelvic Inflammatory Disease and Tuboovarian Abscess. Clinical obstetrics and gynecology, 894. Obtenido de Clinical obstetrics and gynecology: [www.clinicalobgyn.com](http://www.clinicalobgyn.com)

Recepción: 2 Noviembre de 2017

Aprobación: 10 Noviembre de 2017