

Enfermedad Inflamatoria Pélvica, un reto para su diagnóstico y tratamiento precoz

Autor: Jonathan Miguel Aguilera Vazquez ¹

1. Estudiante de Sexto Año de la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de Mayabeque. E-mail: jonathanmaquitera@gmail.com
ORCID. <https://orcid.org/0000-0001-7025-0775>

Correspondencia: jonathanmaquitera@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP) se define como un síndrome agudo debido al ascenso de microorganismos del tracto genital inferior al tracto genital superior. La mayoría de las pacientes con diagnóstico de EIP están relacionados con infecciones de transmisión sexual. Presenta cuatro estadios de los cuales el cuarto es el más grave.

Objetivos: El objetivo principal de esta investigación es discutir el caso de un paciente diagnosticado con EIP. **Desarrollo:** Se realizó el seguimiento y discusión del caso de una paciente durante el período de hospitalización con un cuadro clínico que impresiona EIP. Se realizó la conducta diagnóstica y terapéutica que requería, lo que garantizó un egreso rápido y sin complicaciones del paciente. **Conclusiones:** Por lo que se concluye que la EIP 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.

Palabras clave: Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP), Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), tratamiento antimicrobiano.

INTRODUCCIÓN

El impacto que la infección pélvica ejerce sobre la condición física de la mujer va desde la infección asintomática o silente a una mayor morbilidad, que en algunos casos puede llegar hasta la muerte. Incluye una variedad de condiciones inflamatorias que afectan el tracto genital superior. La Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP) se define como un síndrome

agudo debido al ascenso de microorganismos de la vagina o el cuello uterino al endometrio, las trompas uterinas y en ocasiones a las estructuras vecinas (ovarios, peritoneo y cavidad pelviana).¹

Epidemiología

La mayoría de las pacientes con diagnóstico de EIP están relacionados con infecciones de transmisión sexual. Entre el 8-20 % de las mujeres con cervicitis por gonococos no tratadas y 8-10 % de las mujeres con cervicitis por clamidias no tratadas se complican con Enfermedad Inflamatoria Pélvica, también denominado como un Proceso Inflamatorio Pelviano (PIP). Otros factores que se han relacionado con el incremento de EIP incluyen el uso de dispositivos intrauterinos e infecciones puerperales y posaborto; también se asocia a algunos procedimientos operatorios, tales como dilatación y curetaje uterino e histerosalpingografía.²

Clasificación

Se puede clasificar la enfermedad pélvica inflamatoria:

1. Según su causa la EIP de transmisión sexual o gonocócica: que se presenta de forma rápida después de un coito no protegido y que responde al tratamiento. Producidas por Chlamydias y Ureaplasma: su forma clínica se presenta como endometritis-salpingitis-peritonitis. Producida por gérmenes aeróbicos y anaeróbicos inespecíficos: su forma de presentación es lenta, y su respuesta al tratamiento también es lenta. Su forma clínica de presentación casi siempre es el absceso tubovárico.
2. Según el estadio de evolución: conocida como clasificación de Gainesville. Su objetivo es la conducta terapéutica; la cual en ocasiones es mutilante para mujeres jóvenes y sin hijos.³

Etiología

La causa de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica es de naturaleza polimicrobiana; una amplia variedad de microorganismos se han aislado en el tracto genital superior de las mujeres afectadas, entre ellos *N. gonorrhoeae*, *Ch. trachomatis* y micoplasmas, bacterias anaerobias y aerobias tales como especies de bacteroides, *Peptoestreptococos*, *Gardnerella vaginalis*, *Escherichia coli*, estreptococos del grupo B, entre otros.¹

Cuadro clínico

Frecuentemente la EIP se presenta con escaso o ningún signo o síntoma. El dolor es el síntoma más frecuente, de intensidad variable en relación con la extensión y la gravedad del

proceso; se incrementa con los cambios de posición y con la deambulación. Es intolerable cuando la EIP se extiende al peritoneo, y obliga a la paciente a permanecer acostada.

La fiebre puede elevarse hasta 39-40 °C y se acompaña de escalofríos. La leucorrea frecuentemente precede en 10-20 días el inicio del dolor pelviano. Aproximadamente tres cuartas partes del total de las mujeres refieren un aumento del flujo vaginal.

Los síntomas gastrointestinales son poco frecuentes en la Enfermedad Inflamatoria Pélvica ligera o moderada; pero en las formas graves con participación peritoneal sí hay náuseas y vómitos.

Las distintas formas clínicas tienen un cuadro clínico muy parecido, pero con diferencias que dependen de la porción del aparato genital que esté afectado. La endometritis es la inflamación de la mucosa uterina cuando es invadida por los microorganismos, con predominio de dolor en bajo vientre y ante la movilización del útero. En la salpingitis se produce la inflamación de la mucosa tubaria, que por lo general es bilateral y puede evolucionar desfavorablemente con el cierre del extremo distal de la trompa, y la consiguiente acumulación de pus que se denomina piosálpinx.⁴

El contenido tubario puede escapar por su extremo distal y provocar peritonitis pélvica que de acumularse en el fondo de saco de Douglas formaría el denominado absceso de Douglas. El extremo fímbrico de la trompa puede unirse a la corteza ovárica y el material infectado penetrar en el ovario por el punto de rotura folicular o penetrar directamente la cortical ovárica, con lo que se forma un verdadero absceso ovárico. El piosálpinx o el absceso tubovárico puede fisurarse o romperse, y verter su contenido en la cavidad abdominal, lo cual provocaría un cuadro de extrema gravedad. El piosálpinx puede evolucionar hacia la resolución con modificación del pus, que toma un aspecto claro, transparente, y mantiene la distensión tubaria (hidrosálpinx).¹

Su clasificación es:

Estadío I: Salpingitis aguda sin peritonitis.

Estadío II: Salpingitis aguda con peritonitis.

Estadío III: Salpingitis con formación de absceso tubovárico.

Estadío IV: Rotura de absceso.

Diagnóstico clínico

Se comenzará por un interrogatorio con la mayor privacidad posible para obtener los datos suficientes y poder orientar los exámenes complementarios y la conducta terapéutica adecuada.

Los factores de riesgo a tener en cuenta son: pareja sexual con síntomas, paciente menor de 21 años de edad, si es soltera, si ha tenido sexo con más de una persona en los 3 últimos meses, si ha tenido una nueva pareja sexual en los 3 meses precedentes y si ha tenido infecciones ginecológicas anteriores. ⁵

Deben examinarse los genitales externos en busca de enrojecimientos, fisuras, ulceraciones, verrugas y secreciones. La inspección del cuello uterino manifiesta el cuadro clínico de EIP.

Los estudios de laboratorio muestran que el aumento de la velocidad de eritrosedimentación, de los leucocitos y de la proteína C reactiva está asociado a la EPI. ⁶

El examen ultrasonográfico permite observar la presencia de las masas pélvicas (abscesos tuboováricos), trompas dilatadas (piosálpinx o hidrosálpinx) y líquido en el fondo de saco de Douglas. Este es un examen no invasor que se realiza como complemento del examen pélvico bimanual.

Durante el examen pélvico bimanual, el dolor a la movilización del cuello uterino y de los anejos uterinos es la piedra angular en el clásico diagnóstico. La laparoscopia también puede utilizarse en la toma de muestras para estudio microbiológico. ¹

Secuelas

La explicación más aceptada para el actual incremento de la infertilidad es el impacto de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica, por lo que la mayoría de los casos de infertilidad pueden atribuirse a infecciones de las trompas uterinas. Las mujeres que han padecido de EIP tienen entre 6-10 veces más probabilidades de tener un embarazo ectópico.

Otra consecuencia conocida por todos los ginecólogos es el dolor pelviano crónico, definido como aquel con una duración de 6 o más meses, frecuentemente relacionado con el ciclo menstrual y más pronunciado durante la ovulación y la fase lútea; la dispareunia es frecuente.

Prevención

Para prevenir la EPI, se tiene que evitar contraer una ITS. Las mejores maneras de evitarlo son: no tener relaciones sexuales (por vía vaginal, anal u oral), si se tiene relaciones sexuales, usa siempre un condón, limitar el número de compañeros de relaciones sexuales que tienes, no aplicarse duchas vaginales, evitar el hábito de fumar. ⁷

Tratamiento

El principal tratamiento es la prevención en la atención primaria y en caso de que se diagnostique EIP más leve, por lo regular se aplicará antibioticoterapia por vía oral. Los casos más severos de EIP pueden requerir hospitalización. Los antibióticos se administran primero por vía intravenosa y luego posteriormente por vía oral. El antibiótico a utilizar depende del tipo de infección. Se deben tratar los compañeros sexuales para evitar la transmisión recíproca de la infección. Los casos complicados que no mejoran con antibióticos pueden necesitar cirugía.

Por lo que el objetivo principal de esta investigación es discutir el caso de un paciente diagnosticado con Enfermedad Pélvica inflamatorio haciendo énfasis en su diagnóstico y tratamiento en la prevención de futuras complicaciones.

DESARROLLO

Presentación del caso:

Paciente Ada Juana Garrido Vazquez, de 47 años de edad, femenina, blanca, de procedencia rural que vive en Carretera Central, kilómetro 41 ½, Caserío Morales, San José de las Lajas. Es Ama de casa. Fue hospitalizada el día 22 de febrero del 2019 por acudir al cuerpo de guardia del Hospital Materno Infantil Manuel Piti Fajardo, de la provincia de Mayabeque, presentando como:

Motivo de Ingreso: Dolor bajo vientre.

Historia de la enfermedad Actual: Paciente femenina, blanca de 47 años de edad con antecedentes patológicos personales (APP) de Gastritis Crónica. Historia Obstétrica de: Gestaciones: 3, Partos: 3 y Abortos: 0 (HO: G3, P3, A0). Fecha de última menstruación (FUM): hace dos años. Su menarquia fue a los 16 años de edad. Sus primeras relaciones sexuales fueron a los 18 años de edad. Ha tenido cuatro parejas sexuales a lo largo de su vida y actualmente no tiene pareja sexual, ya que la última fue hace ocho meses aproximadamente. Presenta un anticonceptivo del tipo Dispositivo Intrauterino (DIU) colocado hace 24 años aproximadamente. Su última Prueba Citológica fue realizada en febrero del año 2019. Acude al cuerpo de guardia del Hospital Materno Infantil Manuel Piti Fajardo remitida después de ser valorada en el cuerpo de guardia de la especialidad de cirugía del

Hospital Docente Clínico Quirúrgico Aleida Fernández Chardiet por presentar dolor bajo vientre. También refiere haber presentado varios picos febriles de 38.5°C aproximadamente, vómitos y diarreas desde dos días previos al ingreso. Por lo antes expuesto se decide su ingreso para su estudio y tratamiento.

Antecedentes Patológicos Personales: Gastritis Crónica.

Antecedentes Patológicos Familiares: No refiere.

Alergia a medicamentos: No refiere.

Transfusiones previas: No refiere.

Cirugías y traumas previos: No refiere.

Hábitos tóxicos: No refiere.

Alimentación: dieta balanceada, rica en sal, grasas saturadas y carbohidratos. Come con frecuencia (cómo mínimo 6 comidas al día). Come todo tipo de vegetales y frutas.

Inmunizaciones previas: la paciente refiere que tiene el esquema de vacunación actualizado.

Medicamentos que consume: no refiere.

I. Datos de interés obtenidos en el interrogatorio:

Presencia de dolor bajo vientre persistente y varios picos febriles con temperatura de 38.5°C aproximadamente. Además de vómitos y diarreas desde dos días previos al ingreso.

II. Datos de interés obtenidos en el Examen Físico:

Abdomen: No globuloso. Ruidos Hidroaereos presentes y Normales. Suave, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda con mayor intensificación en Fosa Iliaca izquierda. No se palpan visceromegalias. Hay presencia de reacción peritoneal.

Sistema Ginecológico:

Especuloscopia: Se aprecia cuello anterior con orificio cervical externo cerrado, con presencia de guía de DIU. Leucorrea amarilla espumosa fétida.

Tacto Vaginal: se aprecia cuello uterino en anterversión, fijo, muy doloroso a la movilización. Se palpan anejos derecho e izquierdo a predominio derecho que impresiona un absceso tubovárico.

III. Exámenes complementarios realizados:

Realizados de urgencia al Ingreso:

- **Hemograma con diferencial:** leucocitos: $15,6 \times 10^9/L$ (leucocitosis); polimorfonucleares: 0,83; linfocitos: 0,15; eosinófilos: 0,00; hemoglobina 12.0 g/L; hematocrito: 0,39 L/L. Grupo y Factor: A positivo (A⁺).
- **Eritrosedimentación:** 112 mm/L.
- **Perfil Renal:** Creatinina: 141 mmol/L; Urea: 5,8 mmol/L; Ácido Úrico: 148 mmol/L.
- **Lipidograma:** Colesterol: 3,0 mmol/L
- **Perfil Hepático:** TGP: 26 U/L; TGO: 30 U/L
- **VSG:** 115 mmol/L
- **PCR:** 48 mg/dL (Positivo)
- **Parcial de Orina:** L: 8 x C; Ht: 50 x C; Ep: red alg; C: no; C: no.

Ultrasonido Ginecológico: Útero de tamaño normal, con DIU bien colocado. Posterior al útero y con proyección anexial derecha se observa imagen ecolúcida alargada de paredes finas que mide 113 x 54 mm. Observándose en su pared posterior varias imágenes hiperecogénicas que emiten sombra acústica. Anejo izquierdo no visible. Hay ligera colección de líquido en fondo del saco de Douglas.

IV. Discusión de caso:

La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) es la inflamación e infección del tracto genital superior en la mujer. Habitualmente afecta a las trompas de Falopio, ovarios y estructuras adyacentes. Comprende una variedad de trastornos inflamatorios del tracto genital superior incluyendo combinaciones de endometritis, salpingitis, abscesos tuboováricos y pelviperitonitis. Puede cursar de forma asintomática, pero solo en el 5-10% de los casos predomina el cuarto estadio de esta enfermedad. Puede producir complicaciones posteriores como infertilidad de causa tubárica, embarazo ectópico y/o dolor pélvico crónico. Existe una

triada característica que se puede encontrar hasta en el 30% de las pacientes, consiste en un dolor pélvico, fiebre y leucocitosis.

En este caso se realizó un diagnóstico temprano para poder tratar adecuadamente y a tiempo esta infección, para ello se realizó una exploración física ginecológica minuciosa y se encontraron las manifestaciones clínicas evidentes de esta patología. En el cuadro clínico que presentaba la paciente estaban presentes factores de riesgo importantes (utilización de DIU hace 24 años aproximadamente), las manifestaciones clínicas y los resultados de laboratorios y ultrasonográficos característicos de una enfermedad inflamatoria pélvica en su cuarto estadio (Absceso tuboovárico roto).

Para su diagnóstico no sólo se pensó en esta entidad, sino que también se tuvieron en cuenta otras entidades las cuales tienen manifestaciones clínicas y resultados de exámenes de laboratorio muy parecidas, pero que no tienen en su totalidad el cuadro que presentaba la paciente, entre las entidades que se plantearon fueron:

- Cuadros obstétricos: gestación ectópica, aborto séptico.
- Cuadros ginecológicos: endometriosis severa, quiste ovárico complicado, fibroma uterino, dismenorrea intensa.
- Cuadros gastrointestinales: apendicitis, gastroenteritis, diverticulitis.
- Cuadros urológicos: cistitis, pielonefritis, crisis renoureteral.

Dada a la sintomatología característica de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica en su cuarto estadio que presentó la paciente y los resultados de los exámenes complementarios que le fueron realizados la paciente es intervenida quirúrgicamente, en la cual se le realiza una histerectomía total abdominal como terapéutica definitiva para erradicar el absceso tuboovárico perforado que presentó, que no es más que la Enfermedad Inflamatoria Pélvica Aguda (estadio IV) (EIPA-IV).

CONCLUSIONES

Tras la culminación del análisis de este caso clínico y haber revisado múltiples bibliografías para la realización de este trabajo se puede concluir que:

- La Enfermedad Inflamatoria Pélvica 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 Enfermedad Inflamatoria Pélvica es la enfermedad más frecuente en la esfera ginecológica que puede producir secuelas importantes si no se trata eficazmente.
- La asistencia en la atención primaria y hospitalaria a la paciente con Enfermedad Inflamatoria Pélvica Aguda (estadío IV) es un elemento crucial que se relaciona directamente con el éxito del tratamiento, la prevención de complicaciones, garantizando la estabilidad del paciente y la minimización del tiempo de ingreso del mismo ya que es la evolución más grave a la que puede llegar esta enfermedad.
- El principal tratamiento es la prevención en la atención primaria y en caso de que ya se padezca de Enfermedad Inflamatoria Pélvica Aguda los antimicrobianos son los medicamentos de primera línea para el tratamiento empírico de esta afección, ya que reduce la intensidad y duración de la sintomatología asociada, el riesgo de complicaciones y la mortalidad del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rigol Ricardo. O, Santiesteban Stalina R., Cutie León E, Cabezas Cruz E. Obstetricia y Ginecología. Tercera edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.
2. Hernández Durán D, Diaz Mitjans O. Enfermedad inflamatoria pélvica. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.2016; 36(4)613-631.
3. Peláez Mendoza J. Enfermedad inflamatoria pélvica y adolescencia. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia 2016;38(1):64-79.
4. Baquedano Mainar L, Lamarca Ballesteros M, Puig Ferrer F, Ruiz Conde MA. Enfermedad inflamatoria pélvica. REV CHIL OBSTET GINECOL 2017; 79(2): 115 - 120.
5. Gaitán-Duarte HG, Rodríguez-Hernández AE, Grillo-Ardila CF, Páez-Canro CZ, Reyes-Sánchez JM, Muller EA, et al. Guía de Práctica Clínica para el abordaje sindrómico del diagnóstico y tratamiento de los pacientes con infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital. Bogotá: Ministerio de Salud y protección social. Colciencias 2018:98-106.
6. Álvarez-Pabón Y, Sepúlveda-Agudelo J, Díaz- Martínez LA. Enfermedad pélvica inflamatoria: análisis retrospectivo. Ginecol Obstet Mex. 2017 julio; 85(7):433-441

7. Terao M, Koga K, Fujimoto A, Wada-Hiraike, Yosuga Y, Yano T, et al. Factors that predict poor clinical course among patients hospitalized with Pelvic inflammatory disease. *J Obs Gynaecol Res* 2016; 40(2):495-50