

Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Calixto García", Ciudad de La Habana

## TRATAMIENTO MEDICOQUIRÚRGICO EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA AGUDA

*Dra. Rosalba Roque González,<sup>1</sup> Dr. Evelio Ramírez Hernández,<sup>2</sup> Dr. Armando Leal Mursulí,<sup>3</sup> Dr. Hernán Pérez Oramas, Dra. Nélide Ramos Díaz<sup>4</sup> y Dr. Esteban Goitzolo Vildosteguí<sup>5</sup>*

### RESUMEN

Se revisaron 267 historias clínicas de pacientes ingresadas de urgencia con el diagnóstico de enfermedad inflamatoria pélvica aguda que aparece frecuentemente entre los 15 y 24 años de edad. El dolor abdominal, la leucorrea y la leucocitosis, constituyen los síntomas, signos y resultados de laboratorio más frecuentes de esta entidad. Los medios diagnósticos más utilizados fueron el ultrasonido y la laparoscopia. Los hallazgos laparoscópicos fueron confirmados en el acto quirúrgico en la mayoría de los pacientes.

*Descriptor DeCS:* ANEXITIS/terapia; ANEXITIS/diagnóstico; SIGNOS Y SINTOMAS.

La enfermedad inflamatoria pélvica aguda ha constituido en los últimos años una de las enfermedades de mayor frecuencia en mujeres en edad reproductiva, teniendo como base la alta incidencia de enfermedades de transmisión sexual en las adolescentes.

El diagnóstico clínico de salpingitis aguda en ocasiones se hace muy difícil por 2 aspectos fundamentales: la variación en el cuadro clínico de las pacientes y los cambios en la distribución y aparición de microorganismos patógenos productores de

esta enfermedad; es por esto que cada día se hace necesario la utilización de técnicas que aseguren un diagnóstico preciso y oportuno de esta entidad, lo que evitaría secuelas en la actividad reproductiva de estas mujeres.

El papel del médico constituye el punto más importante en la estrategia para la prevención de la enfermedad inflamatoria pélvica aguda, al realizar una detección temprana y un tratamiento efectivo de las enfermedades de transmisión sexual.

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Calixto García".

<sup>2</sup> Especialista de II Grado en Cirugía General. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Calixto García".

<sup>3</sup> Especialista de II Grado en Cirugía General. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Miguel Enríquez".

<sup>4</sup> Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Titular. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Calixto García".

<sup>5</sup> Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Miguel Enríquez".

## MÉTODOS

Se revisaron 267 historias clínicas de pacientes ingresadas en los Hospitales Clínicoquirúrgicos Docentes "Calixto García" y "Miguel Enríquez", con el diagnóstico de EIPA (enfermedad inflamatoria pélvica aguda), en el período comprendido entre enero de 1995 y julio de 1997.

Se recogieron los siguientes datos: edad, síntomas y signos, exámenes de laboratorio, informe ultrasonográfico, resultados de laparoscopia, tratamiento, complicaciones y estadía.

Las pacientes se estudiaron por los resultados de la laparoscopia según los criterios establecidos por la Universidad de Lund en 1976,<sup>1</sup> vigentes aún en la actualidad.

Estadio I: Trompa enrojecida, escaso exudado seropurulento en fondo de saco.

Estadio II: Trompa muy enrojecida, edematosa, cubierta por fibrina, secreción por la fimbria, adherencias pélvicas.

Estadio III: Abundante depósito de fibrina, intensamente enrojecida la superficie peritoneal, presencia de piosalpinge o absceso tuboovárico. Órganos pélvicos adheridos.

## RESULTADOS

Las edades entre los 15 y 24 años constituyen las de más alta incidencia de EIPA (62,9 %). Estas pacientes ya habían tenido al menos 1 episodio anterior de EIPA (tabla 1).

El dolor abdominal estuvo presente en el examen físico de todas las pacientes, conjuntamente con la leucorrea que en algunos casos precedió al dolor.

La leucocitosis apareció en 238 pacientes y fue el parámetro de laboratorio de mayor utilidad para el estadiamiento clínico (tabla 2).

TABLA 1. *Edad*

Edad	No.de pacientes	%
15-19	78	29,7
20-24	90	33,7
25-29	42	15,7
29-34	27	10,7
35-39	30	11,2
Total	267	100,0

TABLA 2. *Síntomas, signos y exámenes de laboratorio*

Síntomas y signos	No. de pacientes	%
Dolor abdominal	267	100,0
Leucorrea	203	76,0
Disuria	56	20,9
Fiebre de 38 °C	189	70,7
Leucocitosis	238	89,1
Reacción peritoneal	92	34,4
Tumor palpable	84	31,4

El ultrasonido abdominal se realizó en 231 pacientes para comprobar el diagnóstico de EIPA. En 62 pacientes se informó líquido escaso en fondos de sacos vaginales; en 94 pacientes, líquido excesivo intrapélvico y engrosamiento anexial y en 75 aparecieron los hallazgos anteriores más masa pélvica (tabla 3).

TABLA 3. *Hallazgo ultrasonográfico*

Hallazgo	No. de pacientes	%
Líquido escaso en fondo de sacos vaginales	62	26,8
Líquido excesivo intrapélvico y/o trompas engrosadas	94	40,6
Los 2 anteriores más masa pélvica	75	32,6
Total	231	86,5

En 124 pacientes se realizó laparoscopia, y se halló que 14 mujeres es-

taban en estadio I, 35 en estadio II y 75 en estadio III ( tabla 4).

TABLA 4. *Hallazgo laparoscópico*

Estadio	No. de pacientes	%
Estadio I	14	11,2
Estadio II	35	28,2
Estadio III	75	60,6
Total	124	100,0

Del total de pacientes ingresadas en nuestro Centro por EIPA, 90 fueron operadas, y se encontró que 40 de ellas tenían un absceso tuboovárico roto; 31, un absceso tuboovárico no roto; 16, salpingitis aguda supurada y 3 pacientes tenían una apendicitis aguda (tabla 5).

TABLA 5. *Correlación cirugía-laparoscopia*

Hallazgos quirúrgicos	Estadios			Total	%
	I	II	III		
Absceso al tubo ovárico roto uni o bilateral	-	-	40	40	14,9
Absceso al tubo ovárico no roto	-	-	31	31	11,6
Salpingitis aguda supurada	-	12	4	16	5,9
Apendicitis aguda	-	3	-	3	1,1
Totales	-	15	75	90	33,5

## DISCUSIÓN

Existen varios factores que explican la tendencia actual al incremento de esta enfermedad en mujeres jóvenes como son: el comienzo en la adolescencia de las relaciones sexuales, cambios frecuentes de parejas con la aparición de enfermedades de transmisión sexual y la no utilización de métodos anticonceptivos de barrera.

*Snafer*<sup>2</sup> señala además las infecciones posabortos y puerperales, las duchas vaginales y el hábito de fumar.

El dolor abdominal es la causa fundamental por la que las pacientes acuden a la consulta y es mucho más intenso en las infecciones por gonococo.<sup>3</sup>

En las infecciones asociadas a Clamidia las mujeres esperan semanas antes de buscar asistencia médica.

La leucorrea en algunas de nuestras pacientes, precedió al dolor abdominal, hasta en una semana. *Pravonen*<sup>4</sup> señala que aunque no todas las mujeres con leucorrea tienen EIPA, en todas se encuentra secreción vaginal anormal en el examen físico.

El recuento leucocitario constituyó el parámetro de mayor utilidad para el estadiamiento clínico y el seguimiento de nuestras pacientes.

El ultrasonido en nuestro medio constituye un método diagnóstico muy valioso en manos experimentadas, pues permite evaluar la severidad de la afección pélvica y trazar la estrategia de tratamiento. *Taipale*<sup>5</sup> y *Yalkin*<sup>6</sup> recomiendan el uso del ultrasonido transvaginal Doppler más el examen físico bimanual, como alternativa al uso de la laparoscopia.

Nosotros, en las pacientes donde se informa engrosamiento anexial o masa pélvica, las evaluamos conjuntamente con la clínica y se realiza laparoscopia, que constituyó el medio diagnóstico más utilizado para definir a las pacientes con EIPA que requerían tratamiento quirúrgico de urgencia.

La laparoscopia se utilizó por primera vez para confirmar el diagnóstico de salpingitis por *Westrom* en 1950 y en la actualidad constituye la "regla de oro" en el diagnóstico y tratamiento de la EIPA lo que permite la realización de procedimientos terapéuticos que evitan la laparotomía.<sup>7-9</sup>

Las pacientes que se encontraban en un estadio III se operaron en su totalidad y de ellas en 4 enfermas se encontraron hallazgos quirúrgicos que correspondían a un estadio II.

Las pacientes clasificadas laparoscópicamente en estadio II recibieron tratamiento médico inicial y sólo cuando en un período no menor de 48 horas no existió respuesta terapéutica se les sometió a un tratamiento quirúrgico. Cuando el hallazgo quirúrgico sea una salpingitis, será necesario considerar cuidadosamente la edad

de la paciente y su futuro reproductivo, pues aproximadamente el 90 % de las pacientes con edad responderán a la antibioterapia sola, y la cirugía como tratamiento inicial es innecesaria en muchos casos<sup>10-12</sup>

En 187 pacientes sólo utilizamos antibioterapia en dosis máximas. Las combinaciones más usadas fueron penicilina + aminoglucósido + metronidazol, y se logró con ello la revisión de los síntomas y signos agudos en un período de 72 horas, para continuar con regímenes de antibióticos orales por 10 a 14 días, que incluyen el tratamiento de la pareja.

## SUMMARY

We checked 267 medical records of patients admitted to the hospital under emergency conditions and diagnosed with acute pelvic inflammatory disease that frequently occurs from 15 to 24 years of age. Abdominal pain, leukorrea and leucocytosis are the most frequent symptoms, signs and results of this disease. The most used diagnostic means were ultrasound and laparoscopy. Surgery confirmed the laparoscopic findings in the majority of patients.

*Subject headings:* ADNEXITIS/therapy; ADNEXITIS/diagnosis; SIGNS and SYMPTOMS.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Weström L. Diagnosis etiology and prognosis of acute salpingitis: University of Lund, Lund, Sweden 1976. *Obstet Gynecol* 1980;21:91-6.
2. Sfafer M, Sweet RL. Pelvic inflammatory disease in adolescent female: epidemiology diagnosis and sequelae. *Pediatr Clin North Am* 1996;36:513-32.
3. Buchanan T, Pollock HM. Polymicrobial etiology of acute pelvic inflammatory disease. *N Engl J Med* 1991;293:166-71.
4. Paavonen J. Clinical manifestations and diagnosis of pelvic inflammatory disease. *J Reprod Med* 1984;94:454-60.
5. Taipale L. Transvaginal ultrasound. London: Heinemann Medical, 1996:84-92.
6. Yalkin T. Transvaginal ultrasound in evaluation of pelvic infection. *Radiol Clin North Am* 1994;20:367-82.
7. Svensson L, Mardh PA. Laparoscopic findings in women with signs and symptoms of acute salpingitis. *Obstet Gynecol* 1985;66:232-8.
8. Selldors J, Manony J. The accuracy of clinical findings and laparoscopy in pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol* 1993;164:113-20.
9. Jacob SL. Laparoscopy in the diagnosis and treatment of acute salpingitis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991;40:160-74.
10. Peterson HB, Galaid E. Pelvic inflammatory disease review of treatment options. *Rev Infect Dis* 1995;12:656-64.
11. Walker CK. Pelvic inflammatory disease. Key treatment issues and options. *JAMA* 1991;226:2605-11.
12. Brunnam RC. Therapy for acute pelvic inflammatory disease: a critique of recent treatment trials. *Am J Obstet Gynecol* 1997;201:131-35.

Recibido: 5 de abril de 1999. Aprobado: 14 de junio de 1999.

Dra. *Rosalba Roque González*. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Calixto García". Calle J y Universidad, Vedado, municipio Plaza de la Revolución, Ciudad de La Habana, Cuba.