

Hospital Ginecoobstétrico Docente de Guanabacoa

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA TUMORAL EN ADOLESCENTES

Dr. Valentín Martínez Camilo¹ y Dr. Rafael Vanegas Estrada¹

RESUMEN: Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo en el hospital materno de Guanabacoa durante el período de 1995 al 2000 con el objetivo de estudiar el comportamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria tumoral en las pacientes adolescentes. La muestra estuvo constituida por 40 pacientes que fueron atendidas en nuestro centro a las que se le realizó una encuesta de donde se obtuvieron los datos para el estudio. El antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, el DIU como método anticonceptivo y el aborto fueron los factores epidemiológicos más sobresalientes; de igual forma el dolor, fiebre, trastorno menstrual y leucocitosis, así como eritrosedimentación fueron los elementos clínicos más destacados. El tratamiento que más se realizó fue el médico y la obstrucción tubaria fue la secuela principal. Se concluyó que el pronóstico es desfavorable para la fertilidad aún en los casos en el que el tratamiento médico fue eficaz.

DeCS: ANEXITIS/cirugía; ANEXITIS/quimioterapia, ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES; DISPOSITIVOS ANTICONCEPTIVOS/efectos adversos; ADOLESCENCIA; FACTORES DE RIESGO.

La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) es una seria consecuencia médica y económica de las infecciosas de transmisión sexual en mujeres jóvenes.¹

El riesgo de contraer la enfermedad en adolescentes sexualmente activas entre 15 y 19 años es de 1/8, en contraste con el riesgo de jóvenes de 24 años que es de 1/80.

Dentro de los factores favorecedores se menciona la inmadurez del sistema

inmune en el aparato genital que incrementa la susceptibilidad de la infección ascendente.^{2,3}

La infección es polimicrobiana, entre el 25 y 80 % producida por el gonococo, del 10 al 40 % por clamydias, y en 2 de 3 casos los anaerobios se encuentran envueltos, y se detectan en el 84 % de los casos cuando hay abscesos.^{4,5}

Existe diversidad de criterios en cuanto al tratamiento de la paciente con absce-

¹ Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia. Profesor Asistente. Facultad "Miguel Enríquez".

so tuboovárico (ATO) no roto y generalmente se decide sobre la base de la edad, paridad y circunstancias clínicas de la paciente.⁶

Aunque en el pasado el ATO se presentaba fundamentalmente en edades más avanzadas, en las últimas décadas se ha observado de manera progresiva en un grupo de pacientes más jóvenes, lo que representa un problema médico en la actualidad.⁷

El objetivo de nuestro trabajo fue analizar la incidencia de ATO en adolescentes en nuestro servicio, así como la respuesta al tratamiento en relación con algunos factores epidemiológicos.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal en el hospital materno de Guanabacoa durante los años 1995 al 2000.

La muestra estuvo constituida por 40 pacientes adolescentes que ingresaron en el servicio de ginecología con el diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria tumoral, a las que se les realizó una encuesta para conocer los factores de riesgo, principales síntomas y signos, así como estudios complementarios, además del tratamiento, complicaciones y secuelas.

La información fue procesada utilizando el cálculo porcentual.

Resultados

Los factores de riesgo que con mayor incidencia se presentaron fueron el antecedente de EIP así como el uso de DIU con 52,5 y 42,5 %, respectivamente; fue poco llamativo el antecedente del aborto y parto (tabla 1).

TABLA 1. Factores epidemiológicos

Factores	No.	%
Antecedentes de EIP	21	52,5
DIU	17	42,5
Abortos	10	25,0
Partos	4	10,0

El dolor pélvico estuvo presente en todas las pacientes, conjuntamente con la leucorrea y la fiebre, que aunque no se presentaron en su totalidad sí en un alto porcentaje.

La tumoración palpable, así como la eritrosedimentación que aparecieron en la totalidad de los casos, fueron los parámetros de mayor utilidad para el estadiamiento clínico (tabla 2).

TABLA 2. Cuadro clínico y de laboratorio

Alteración	No.	%
Dolor pélvico	40	100
Leucorrea	32	80
Fiebre	26	65
Trastornos menstruales	18	45
Cuello uterino enfermo	22	55
Cuello uterino sano	18	45
Tumor palpable	40	100
Hemoglobina 100 g/L	10	25
Leucocitos	30	75
Eritro	40	100

La ecografía se realizó en el 100 % de las pacientes para comprobar el diagnóstico clínico, en 23 pacientes se informó imagen ecogénica unilateral y en el resto (17 casos) imagen bilateral (tabla 3).

TABLA 3. Hallazgos ecográficos

Hallazgo	No.	%
Masa pélvica unilateral	23	57,5
Masa pélvica bilateral	17	42,5
Total	40	100,0

Del total de pacientes ingresadas en nuestro centro recibieron tratamiento antibiótico sólo 32, para el 80 % y en el resto, 8 casos, para el 20 %, fue necesario el tratamiento antibiótico + cirugía (tabla 4).

TABLA 4. Tratamiento médico y quirúrgico

Tipo de tratamiento	No.	%
Antibiótico	32	80
Antibiótico + cirugía	8	20
Total	40	100

Discusión

La definición de los indicadores importantes de pronóstico en las pacientes con infecciones pélvicas, se hace más crítica a medida que se encuentran pacientes cada vez más jóvenes en el tratamiento de estas; la preservación del potencial reproductor y la función ovárica constituyen una consideración importante.⁸

El aumento en la actividad sexual entre las adolescentes, la disminución de la edad promedio de su iniciación (en nuestra serie con una media de 15 años), ha tenido como consecuencia un aumento en la frecuencia de las infecciones de transmisión sexual y su secuela la inflamación pélvica.⁹

Un episodio de inflamación pélvica puede favorecer la recidiva a la reinfección, que se presenta en el 52,5 % de los casos estudiados. El DIU aumenta el riesgo relativo de EIP en las pacientes que asumen conductas de riesgo sexual, lo que favorece las recidivas y su mayor gravedad por ser las adolescentes un grupo vulnerable.^{10, 11}

De los casos estudiados, el 100 % presentó dolor pélvico, así como eritro-

sedimentación mayor de 50 mm/h, alteraciones que estuvieron presentes en las EIP estudiadas por otros autores,¹² así como los abscesos operados que reflejan el fracaso del tratamiento médico.¹³

La utilización de los antibióticos combinados desde el inicio (penicilina + aminoglucósido + metronidazol) fue el tratamiento más utilizado para el 100 % y de los casos, distintas a las de *Soper*¹⁴ que utilizó cefalosporinas + doxiciclina en sus casos. Las pacientes que necesitaron tratamiento quirúrgico (histerectomía abdominal con doble anexectomía), fueron las que no mostraron una disminución en el tamaño de la masa anexial ni en el resto del cuadro clínico que en nuestro estudio se observó en 8 pacientes para el 20 %, cifra superior a la encontrada por Lee.¹¹

De las pacientes que respondieron al tratamiento médico, 17 casos (53,1 %) presentaron obstrucción tubaria valores iguales a los hallados por *Stevenson*¹⁰ y otros autores,¹³ que señalan que la secuela principal de los abscesos tuboováricos es la infertilidad de causa tubárica. El resto de los casos (15 pacientes para el 46,8 %) presentaron permeabilidad tubaria en una o ambas trompas.

Por todo lo anterior podemos concluir que el antecedente de EIP parece favorecer la aparición de abscesos tuboováricos. El absceso mayor de 8 cm y su presencia bilateral ensombrecen el pronóstico de respuesta médica. La persistencia del tamaño del proceso inflamatorio y de la respuesta humoral, indica una evolución no favorable, y se hace necesaria la evaluación del tratamiento quirúrgico. El pronóstico es desfavorable para la fertilidad aún en los casos en que el tratamiento médico fue eficaz.

SUMMARY: A descriptive, longitudinal and prospective study was conducted at the Maternal Hospital of Guanabacoa aimed at studying the behavior of the inflammatory pelvic tumoral disease in adolescent patients. The sample was composed of 40 patients that received attention in our center, where they were surveyed to obtain the data for the study. The history of inflammatory pelvic tumoral disease, the IUD as a contraceptive method and abortion were the most significant epidemiological factors. Likewise, pain, fever, menstrual disorder and leukocytosis as well as erythro sedimentation were the most remarkable clinical elements. The medical treatment was the most used and the tubal obstruction was the main sequela. It was concluded that the prognosis is unfavorable for fertility even in those cases whose medical treatment proved to be efficient.

Subject headings: **ADNEXITIS/surgery; ADNEXITIS/drug therapy; SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES; CONTRACEPTIVE DEVICES/adverse effects; ADOLESCENCE; RISK FACTORS.**

Referencias bibliográficas

1. Opaneye AA. Sexually transmitted diseases among women in Coventry. *J Soc Health* 1997;117(1):37-40.
2. Jamieson DJ. Risk Factors for A complicated clinical course among women hospitalized with pelvic inflammatory disease. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2000;8(2):88-93.
3. Varela R, Coscalves V. Tubo-Ovarian abscess: an analysis of 20 cases. *Act Med Port* 1995;(10):537-42.
4. Peláez J. Infecciones genitales en la niña y la adolescente. *Ginecología Infanto-Juvenil, Salud reproductiva del adolescente*. La Habana: Edit. Científico-Técnica;1998;70-4.
5. Medvedev BJ. The characteristics of local immunity in chlamydia-associated chronic inflammatory disease of the organs of the lower pelvic in women. 2 h. *Mikrobiol Epidemiol Immunobiol* 2000;21(2):89-92.
6. Celis G. Bilateral tubal abscess with peritonitis caused by streptococcus pneumoniae. *Microbiol Clin* 2000;18-(2):92-3.
7. Crumc. Aparato genital femenino. *Patología estructural y funcional de Robbins*. Edit. McGraw-Hill interamericana; 1999:1083-84.
8. Slap GB. Recognition of tubo-ovarian. Abscess in adolescents with pelvic inflammatory disease. *J Adolesc Health* 1996;18(6):397-403.
9. Leufer MR, Goldstein DP. Pediatric and adolescent gynecology. *Gynecology principles and practices*. 6. ed. 1995;602-5.
10. Stevenson MM, Radelife YW. Prevention. Pelvic infection after abortion. *Int J STD AIDS* 1995;6(5):305-12.
11. Lee NC. The intrauterine device and pelvic inflammatory disease revisited. New results from the women health study. *Obstet Gynecol DE*. 1988;72(1):1-6.
12. Soper DE. Treatment of pelvic inflammatory disease. *Pelvic Inflammatory Disease*. Editors. Gary S. Berger Lars V. Westrom. New York: Ed. Raven Press; 1992:87-99.
13. Brunnam C. Therapy for acute pelvic inflammatory diseases: a critique of recent treatment trials. *Am J Obstet Gynecol* 1997;201:131-5.
14. Soper D. Treatment of pelvic inflammatory disease. *Pelvic inflammatory disease*. New York: Ed. Raven Press; 1992; 87-98.

Recibido: 7 de marzo de 2002. Aprobado: 21 de enero de 2003.

Dr. *Valentín Rodríguez Camilo*. Calle Luz No. 321 Altos, entre Santa María y Apodaca, Guanabacoa, Ciudad de La Habana, Cuba.