



ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA

50

NOVIEMBRE 2000

DEFINICIÓN

Enfermedad Inflamatoria Pélvica (E.I.P.) es una denominación general que se refiere a la inflamación e infección de las Trompas de Falopio, ovarios y estructuras adyacentes, no relacionada con cirugía, y que provoca combinaciones de endometritis, salpingitis, abscesos tuboováricos y pelviperitonitis, pudiendo agravarse con perihepatitis y periesplenitis.

IMPORTANCIA DEL CUADRO

Con la liberalización de las relaciones sexuales a edad joven y el aumento de promiscuidad se ha producido en el último cuarto de siglo un incremento de casos de EIP. Si bien la mortalidad asociada a la EIP es baja (4,2 por 1.000 pacientes hospitalizadas), la importancia del cuadro se debe a las frecuentes secuelas crónicas que produce: esterilidad por oclusión tubárica (12,5-76%, en función del número de episodios de EIP padecidos), incremento de 4-6 veces en la aparición de embarazos ectópicos, dispareunia y dolor pélvico crónico (18%).

ETIOLOGÍA

La EIP es la complicación más frecuente de las enfermedades de transmisión sexual bacterianas. Si bien los patógenos más relacionados con la EIP son *Neisseria Gonorrhoeae* y *Chlamydia Trachomatis*, la infección que se produce en la EIP es polimicrobiana, habiéndose aislado microorganismos genitales

aerobios (*Estreptococos* del grupo B, *Escherichia coli*, *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*), anaerobios (*Peptoestreptococos*, *Bacteroides*), y un 5% de los casos patógenos respiratorios (*Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*).

Las bacterias pueden acceder a la porción superior del aparato genital por diseminación de órganos adyacentes infectados (apendicitis, diverticulitis), por diseminación hematógena de focos distantes (tuberculosis) y fundamentalmente por diseminación ascendente transuterina (instrumentación iatrógena, DIU, flujo menstrual retrogrado, transporte en espermatozoides o tricomonas) que a partir de gérmenes acantonados en el cérvix, provocando una endocervicitis, producen infección del tracto superior (endometritis, salpingitis, peritonitis). Se ha sugerido que en muchos casos de EIP, los microorganismos que provocan enfermedades de transmisión sexual inician la inflamación de la mucosa tubárica y esto facilita la invasión de la mucosa por organismos endógenos del tracto genital inferior.

CLÍNICA

El síntoma más frecuente de la EIP es el dolor hipogástrico, bilateral, y su intensidad varía de totalmente ausente (EIP silente) a muy intenso en cuadros con un componente peritoneal importante. Esta variabilidad algica provoca confusiones diagnósticas y en muchos casos leves el tratamiento no adecuado y por consiguiente la aparición de secuelas.

Cuando existe afectación peritoneal aparecerán fiebre, náuseas y vómitos.

En la exploración clínica además del dolor puede aparecer leucorrea y cervicitis mucopurulenta.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico clínico de EIP es en muchos casos difícil por la poca especificidad y sensibilidad de la exploración clínica. Comparado con el diagnóstico laparoscópico el valor predictivo positivo de la exploración clínica oscila entre el 65-90%. Si bien la laparoscopia es el patrón oro en el diagnóstico de la EIP solo se realiza en casos graves o cuando se quiere completar el diagnóstico bacteriológico, no estando indicada de entrada en casos leves.

Es importante realizar una ecografía, sobre todo en su forma transvaginal, ya que se obtendrá información sobre la existencia o no de abscesos tuboováricos. Por otra parte, el *doppler* color, en casos de disponer de él, también puede facilitarnos el diagnóstico ya que podremos apreciar un patrón inflamatorio con aumento de la velocidad de la hematíes, aumento de la pulsatilidad y de las resistencias y un incremento de la densidad vascular. En caso de existir abscesos tuboováricos encontraremos este mismo patrón en la cápsula quística, lo que permitirá realizar el diagnóstico diferencial con otro tipo de tumores anexiales.

Hay que recordar que dadas las importantes consecuencias crónicas que provoca la EIP, se justifica el tratamiento antibiótico empírico solo con base clínica, sin ninguna otra prueba exploratoria, siempre que en la paciente están presentes unos criterios diagnósticos mínimos:

E.I.P. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS MÍNIMOS

- Dolor abdominal.
- Dolor a la movilización cervical en la exploración.
- Dolor anexial en la exploración.

La presencia de estos criterios justifica el tratamiento antibiótico empírico, pero para intentar aumentar la sensibilidad y especificidad del diagnóstico valoraremos además unos criterios diagnósticos adicionales, cuya presencia servirá para afianzar el diagnóstico inicial realizado con los criterios mínimos.

E.I.P. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ADICIONALES

- Temperatura >38°C.
- Leucocitos >10.500.
- VSG elevada.
- Proteína C reactiva elevada.
- Anormal exudado endocervical.
- Infección cervical documentada en el laboratorio por *N. Gonorrhoeae* o *C. Trachomatis*.

Esto implica que en cualquier mujer con sospecha de EIP debemos realizar como mínimo y en el menor tiempo posible:

- Análisis de sangre con VSG y fórmula leucocitaria.
- Profundizar en el diagnóstico microbiológico mediante la toma de las muestras pertinentes. Como mínimo se deben realizar:
 - Cúltivos vaginales.
 - Cúltivos cervicales.
 - Cúltivos cervicales en medio especial para detectar Chlamydias.
- Biopsia endometrial con cánula de aspiración para cultivo microbiológico y diagnóstico anatomopatológico.

CLASIFICACIÓN

La clasificación clínica se basa fundamentalmente en el grado evolutivo de la enfermedad, en la sintomatología y en los datos recogidos en la exploración. Podemos diferenciar cuatro estadios:

- Estadio I: Salpingitis aguda sin peritonitis.
- Estadio II: Salpingitis aguda con peritonitis.
- Estadio III: Salpingitis con formación de abscesos tuboováricos.
- Estadio IV: Rotura de absceso.

TRATAMIENTO

En caso de que el cuadro clínico se acompañe de la existencia de un DIU, este debe ser retirado como primera medida terapéutica.

Hay autores que opinan que todas las pacientes que se diagnostican de EIP deben ser ingresadas para ser tratadas, mientras que otros opinan que los casos leves (Estadio I) pueden ser tratados de forma ambulatoria.

Formas leves (Posibilidad de tratamiento ambulatorio):

- Temperatura < 38,3°C.
- Leucocitos < 11.000.
- Evidencia mínima de peritonitis.
- Ruidos intestinales presentes.
- Capaz de tolerar alimentación oral.

Por otro lado es recomendable la hospitalización en los siguientes casos:

- Diagnóstico incierto que no excluye cuadros quirúrgicos como apendicitis o embarazo ectópico.
- Sospecha de absceso pélvico.
- Paciente embarazada.
- Paciente adolescente.
- Mujeres sin hijos.
- Paciente VIH positiva.
- Paciente con DIU.
- Historia reciente de instrumentación intrauterina.
- Sensación de enfermedad, náuseas, vómitos, temperatura >38.3 °C, leucocitosis >11.000, signos peritoneales.
- Paciente incapaz de realizar el régimen terapéutico ambulatorio o cuando este es ineficaz.

A) TRATAMIENTO AMBULATORIO:

El tratamiento debe ir orientado hacia la cobertura de todos los gérmenes patógenos capaces de producir EIP. Existen dos alternativas de tratamiento propuestas por los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), americanos:

Régimen A:

Ceftriazona 250 mg IM (dosis única) u otra cefalosporina de tercera generación
Más
Doxiciclina 100 mg/12 h. durante 14 días

Régimen B:

Ofloxacino 400 mg/12 h. vía oral durante 14 días
Más
Clindamicina 450 mg/6 h. vía oral o Metronidazol 500 mg/12h. vía oral; 14 días

Las pacientes que no respondan al tratamiento antibiótico ambulatorio en 72 horas deben ser hospitalizadas para confirmar el diagnóstico y realizar terapia parenteral.

B) TRATAMIENTO HOSPITALARIO:

Los CDC han propuesto dos pautas de tratamiento que cubren la gran variedad de gérmenes que ocasionan la EIP.

Cefoxitina 2g/6 h. IV,
más
Doxiciclina 100 mg/12 h. IV, u oral si la función gastrointestinal es normal

Régimen A:

Este régimen debe administrarse hasta 48 horas después de que la paciente muestra mejoría clínica evidente. Después la doxiciclina, 100 mg/12 h. debe mantenerse hasta completar 14 días de tratamiento.

Régimen B:

Clindamicina 900 mg/8h. IV,
más
Gentamicina, IV o IM, una dosis inicial de 2 mg/kg. de peso y posteriormente 1.5 mg/kg de peso/8h

Este régimen debe administrarse hasta 48 horas después de que la paciente muestra mejoría clínica evidente. Después se mantendrá clindamicina, 450 mg/6h por vía oral o doxiciclina, 100 mg/12 h por vía oral, hasta completar 14 días.

Con cualquiera de las dos pautas terapéuticas, los índices de curación clínica llegan al 90%. Los fracasos se relacionan con la formación de abscesos tuboováricos y la necesidad de drenaje quirúrgico.

Otras pautas adecuadas para el tratamiento parenteral de la EIP son:

- Ofloxacino 400 mg IV/12h + Metronidazol 500 mg IV/8h.
- Ciprofloxacino 200 mg IV/12h + Metronidazol 500 mg IV/8h + Doxiciclina 100 mg (oral o IV)/12h.

SEGUIMIENTO

Las pacientes tratadas ambulatoriamente deber ser evaluadas a las 72 horas y si no hay mejoría clínica evidente deben ser hospitalizadas y tratadas con terapia parenteral.

Las pacientes hospitalizadas que no obtienen mejoría clínica evidente tras 3-5 días de tratamiento deben ser de nuevo evaluadas, por lo que estaría indicada la realización de una laparoscopia diagnóstica y toma de cultivos de exudado peritoneal. En caso de existir un absceso tuboovárico este debe ser drenado, realizando siempre una cirugía lo más conservadora posible.

Todas las pacientes que han padecido una EIP deben ser reevaluadas microbiológicamente a los 7-10 días de terminar el tratamiento, mediante cultivos cervicales para *Chlamydia Trachomatis*.

TRATAMIENTO DE LA PAREJA SEXUAL

El riesgo de reinfección de la paciente permanece mientras no se trate su pareja sexual. Se ha propugnado el tratamiento empírico con fármacos que actúen fundamentalmente sobre *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*. Una pauta adecuada sería:

Ceftriazona 250 mg IM (dosis única) u otra cefalosporina de tercera generación

Más

Doxiciclina 100 mg/12 h durante 14 días

BIBLIOGRAFÍA

1. Enfermedad Inflamatoria Pélvica. En: Actualización en Obstetricia y Ginecología. Precís V (ed. esp). Medical Trends, SL; Barcelona, 1998; pp 94-95.
2. Centers for Disease Control and Prevention. 1993 Pelvic Inflammatory Disease. MMWR 1993; 42:
3. Guía Sanford de Terapéutica Antimicrobiana 1999. Ed. Diaz de Santos, Madrid. pp. 53.

«Los Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia y los Protocolos de Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia pretenden contribuir al buen quehacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente los más alejados de los grandes hospitales y clínicas universitarias. Presentan métodos y técnicas de atención clínica aceptadas y utilizadas por especialistas en cada tema.

Estos protocolos no deben interpretarse de forma rígida ni excluyente, sino que deben servir de guía para la atención individualizada a las pacientes. No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en departamentos y servicios hospitalarios.»