**Enfermedad pélvica inflamatoria**

La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) es un síndrome agudo debido al ascenso de microorganismos de la vagina y el cuello uterino al endometrio, las trompas uterinas y, en ocasiones, a las estructuras vecinas (ovarios, peritoneo pelviano y cavidad pelviana). Puede abarcar un amplio espectro clínico, desde la infección asintomática o silente hasta la enfermedad aguda. La Clasificación Internacional de Enfermedades

(CIE) en su décima revisión y los Centros de Control de Enfermedades (CDC) excluyen las infecciones posoperatorias o que complican el embarazo, aborto, parto y puerperio.

Según los CDC la diferencia entre la enfermedad aguda y crónica no ha lugar, pues por definición es un episodio agudo. Sin embargo, muchos clínicos continúan usando el término EPI crónica al referirse al dolor pélvico crónico, las adherencias pelvianas y la obstrucción tubaria.

**ETIOLOGÍA**

La EPI es de naturaleza polimicrobiana, y la mayoría de las veces se debe a microorganismos transmitidos sexualmente: *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *Mycoplasma*, y bacterias aerobias y anaerobias tales como: Bacteroides, Peptoestreptococo, *G. vaginalis, E. coli*, Estreptococos del grupo B, etc.

**CUADRO CLÍNICO**

Puede presentarse con escaso o ningún síntoma o signo:

• Dolor abdominal: es el síntoma más frecuente, de intensidad variable según la extensión y gravedad del proceso, se exacerba con los cambios de posición y ambulación, e intolerable cuando se extiende al peritoneo y obliga a la paciente a mantenerse acostada.

• Fiebre: puede ser elevada (39 a 40°C) acompañada de escalofríos en ocasiones y fuertemente asociada al aislamiento de *N. gonorrhoeae*.

• Colporrea: es un síntoma frecuente que precede en 10 a 20 días el inicio del dolor pelviano. El 75 % de las pacientes refiere aumento del fluido transvaginal.

• Otros síntomas:

– Disuria.

– Náuseas y vómitos.

– Dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen, debido a perihepatitis (síndrome de Fitz-Hugh-Curtis) en infecciones por *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis.*

– Los síntomas gastrointestinales son poco frecuentes en la EPI leve o moderada; pero en las formas severas con participación peritoneal, las náuseas y los vómitos están presentes, y los síntomas de proctitis (tenesmo, deposiciones gleromucosas) hacen sospechar la existencia de absceso del fondo de saco de Douglas o proctitis gonocócica.

– En las infecciones por *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis,* los síntomas generalmente se inician durante la menstruación o durante la fase proliferativa del ciclo menstrual.

**FORMAS CLÍNICAS**

Las diferentes formas clínicas tienen un cuadro muy parecido con variaciones dependientes del segmento del tracto genital afectado:

• Endometritis: inflamación del endometrio invadido por los microorganismos, predomina el dolor en bajo vientre y a la movilización del útero. En ocasiones, hay sangramiento intermenstrual.

• Salpingitis: inflamación de la mucosa tubaria, por lo general bilateral, puede evolucionar desfavorablemente con el cierre del extremo distal de la trompa donde se acumula el pus (piosálpinx). El contenido tubario puede escapar por su extremo fimbriado y provocar una peritonitis pélvica o acumularse en el fondo del saco de Douglas (absceso del saco de Douglas).

• Absceso tuboovárico: es un proceso de etapa terminal de la EPI. Se manifiesta por aglutinación de los órganos pélvicos (trompa y ovario con intestino). A veces ocurre por la penetración de gérmenes a través del sitio de ovulación.

El absceso tuboovárico o el piosálpinx pueden fisurarse o romperse y provocar una peritonitis de extrema gravedad. El piosálpinx puede evolucionar hacia la resolución con modificación del pus que toma aspecto claro, transparente (hidrosálpinx).

Las pacientes con un episodio de EPI tienen el riesgo de nuevos episodios (EPI recurrente) y deben ser tratadas igual que durante el episodio inicial.

**DIAGNÓSTICO**

• Evaluación del cuadro clínico.

• Examen físico general.

• Inspección de los genitales externos:

– Enrojecimientos.

– Fisuras.

– Ulceraciones.

– Verrugas.

– Hematomas.

– Hinchazón.

• Inspección del cuello uterino (espéculo sin lubricar):

– Endocervicitis mucopurulenta.

– Eritema.

– Edema.

• Examen pélvico bimanual: el dolor a la movilización del cuello uterino y de los anejos uterinos es la piedra angular en el diagnóstico clínico de EPI. Su valor predictivo es de 70 %. Muestra la existencia de masas pélvicas inflamatorias uni o bilaterales y el fondo del saco de Douglas indurado o abombado y fluctuante. Se debe reevaluar a la paciente cada 3 a 5 días preferentemente por el mismo médico.

• Examen rectovaginal: si el útero es retroverso, su tamaño, forma y consistencia son mejor apreciados, así como la sensibilidad y el grosor de los parametrios y ligamentos uterosacros.

**FACTORES DE RIESGO**

• Pareja sexual con síntomas.

• Paciente menor de 21 años de edad.

• Soltera.

• Ha tenido sexo con más de una persona en los 3 meses últimos.

• Ha tenido una nueva pareja sexual en los 3 meses precedentes.

• Ha padecido infecciones ginecológicas anteriores.

EXÁMENES DE LABORATORIO

• Conteo de leucocitos: leucocitosis con desviación a la izquierda.

• Eritro: acelerada en 75 % de los casos, se debe indicar cada 5 a 7 días.

• Proteína C reactiva (PCR): aumentada según el grado de severidad de la EPI.

• Exudado vaginal y endocervical para examen en fresco, cultivos y tinción de Gram.

• Sedimento urinario: para descartar la posibilidad de infección urinaria.

• Gonadotropina coriónica humana (hCG): cuando exista sospecha de embarazo extrauterino.

• Otros exámenes:

– Ultrasonografía: permite demostrar abscesos tuboováricos, trompas dilatadas y presencia de líquido o colecciones en el fondo del saco de Douglas.

– Laparoscopia: inicialmente fue utilizada para confirmar el diagnóstico clínico de EPI. Está indicada cuando existen dudas diagnósticas o ante la sospecha de embarazo extrauterino, apendicitis, endometriosis, quiste de ovario, sangramiento intraabdominal por ovulación y enteritis regional. Puede ser útil para la toma de muestras para estudio microbiológico.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

El más importante de los errores diagnósticos es omitir el embarazo extrauterino, y la apendicitis aguda. Las características del dolor (lugar de inicio, duración e irradiación), así como las características de las secreciones vaginales o el sangramiento genital y retraso menstrual, pueden ayudar a establecer el diagnóstico.

**EPI y dispositivos intrauterinos (DIU)**

La única infección pélvica que se relaciona con los DIU es la actinomicosis. La tasa de colonización se incrementa con el tiempo de uso de los dispositivos plásticos, pero son menores con los que liberan cobre. Debe ser retirado de inmediato, se realizarán los cultivos apropiados y se iniciará tratamiento antimicrobiano.

**SECUELAS**

• Infertilidad.

• Embarazo extrauterino: las probabilidades aumentan de 6 a 10 veces.

• Dolor pélvico crónico (6 meses o más): frecuentemente relacionado con el ciclo menstrual y con el número de episodios de EPI.

**TRATAMIENTO**

• Depende del diagnóstico precoz.

• Tratar a las parejas sexuales.

• La mayoría de las pacientes pueden ser tratadas de forma ambulatoria cuando reúnen criterios mínimos para el diagnóstico de EPI:

– Temperatura < 38,3 °C.

– Leucocitos < 15 000 x mm3.

– No existe masa pélvica.

– No hay reacción peritoneal.

– Tolerancia de la vía oral.

• Reevaluar a las 72 horas y hospitalizar si no hay mejoría.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

• Dudas en el cumplimiento del tratamiento ambulatorio.

• Paciente adolescente.

• Intolerancia de la vía oral (náuseas y vómitos).

• Temperatura ≥38,3 °C.

• Leucocitosis ≥15 000 mm3.

• Reacción peritoneal.

• Masa pélvica palpable.

• *Schok* séptico.

• Antecedentes de manipulaciones intrauterinas.

• Sospecha de embarazo extrauterino.

• Sospecha de apendicitis.

TRATAMIENTO AMBULATORIO

• Tratamiento médico:

– Ceftriaxona o cefalosporina equivalente a 1 a 4 g/día en dependencia de la severidad de la EPI, más

– Gentamicina 3 mg/kg/día i.m. cada 8 horas o 180 a 240 mg e.v. (dosis única) diluidos en 50 a 200 ml de solución salina fisiológica o dextrosa a 5 % para administrar en media a 2 horas, más

– Metronidazol 500 mg e.v. cada 6 a 8 horas o clindamicina 600 a 900 mg cada 8 horas.

Este tratamiento debe mantenerse por lo menos 48 horas después que la paciente mejore desde el punto de vista clínico.

• Reposo en cama en posición semisentada.

• Control de la hidratación y el balance electrolítico.

• Reevaluar clínicamente cada 2 a 4 días.

• Después del egreso hospitalario continuar con doxiciclina 100 mg oral 2 veces al día por 10 días.

El 75% de las pacientes con absceso tuboovárico reaccionarán al tratamiento antimicrobiano sin necesidad de otras medidas. El fracaso del tratamiento sugiere la necesidad de exploración quirúrgica.

• Actinomicosis pelviana: se administra penicilina cristalina 10 000 000 a 20 000 000 U e.v., por 4 a 6 semanas, seguida de ampicillina 25 mg/ kg/día oral durante 6 meses.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

• Colpotomía posterior en absceso del fondo del saco de Douglas.

• Laparotomía:

– Pacientes en *schok* séptico.

– Sospecha de ruptura de absceso tuboovárico.

– Pacientes severamente enfermas.

– No se puede descartar una urgencia quirúrgica.

– Pacientes que no mejoran o empeoran, a pesar del tratamiento antimicrobiano adecuado.

– EPI recurrente (tres episodios o más que requieran hospitalización).

– Tratamiento de las secuelas.

En caso de proceso bilateral severo, está indicada la histerectomía con salpingoovariectomía bilateral. Si la paciente desea conservar su fertilidad y el proceso inflamatorio predomina en un solo lado, es posible la cirugía conservadora, previo consentimiento informado. En la actualidad se conserva el útero para preservar la capacidad reproductora con la ayuda de la fertilización *in vitro* con donación de óvulos.

TRATAMIENTO PROFILÁCTICO

• Prevención de las infecciones del tracto genital inferior.

• Diagnóstico precoz y oportuno, así como tratamiento eficaz de estas infecciones.

**SEGUIMIENTO**

Al egreso hospitalario se citará a la paciente a las 2 semanas, cuando haya terminado el tratamiento que se le indicó al ser dada de alta.

Esta será una consulta especializada atendida por un médico especialista, un residente de tercer o cuarto años y una enfermera. El objetivo es el seguimiento de la paciente mediante examen físico, eritrosedimentación, proteína C reactiva y estudios microbiológicos.

Se darán reconsultas en 3 a 4 semanas hasta el alta definitiva. Se indicarán estudios especiales (ultrasonografía y laparoscopia) y tratamiento si así se requiere. Asimismo se propondrá tratamiento quirúrgico cuando sea necesario.

El ginecólogo del grupo básico de trabajo podrá remitir a esta consulta a las pacientes atendidas en el área de salud, cuya evolución no haya sido satisfactoria, y que, por lo tanto, necesiten interconsulta para su seguimiento.