

ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA: INTRODUCCIÓN

José Pacheco-Romero

Rev Per Ginecol Obstet. 2007;53:226-227

Hemos considerado de sumo interés para el ginecólogo el tema de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), terminología usada para la infección del endometrio, trompas y ovarios. Lo interesante de la enfermedad es que las mismas bacterias causantes de las infecciones de transmisión sexual (ITS) –como clamidia, gonococo, micoplasma, así como estafilococo y estreptococo– causan cerca de 90% a 95% de los casos de EPI. Se podría decir que, la consecuencia mayor de una ITS, fuera del sida, es la EPI. Además del contacto sexual, otras maneras de que estos gérmenes ingresen al organismo incluyen algunos casos de inserción del dispositivo intrauterino, parto, aborto espontáneo –terapéutico o electivo– y biopsia del endometrio. Debemos tener presente como factores de riesgo la actividad sexual del adolescente, muchas parejas, historia de EPI previa, antecedente de ITS y el empleo de anticonceptivos orales (cuando incentiva la formación de ectopión).

Otro aspecto conocido hoy es que muchas veces la paciente no presenta síntomas o signos, por lo que la enfermedad puede pasar des-

apercibida. Tal ocurre con infecciones por clamidia y micoplasma. La mujer con descenso de mal olor y metrorragia y leve dolor abdominal debe ser estudiada de manera preventiva, con el fin de descartar una EPI.

El manejo médico o quirúrgico ha variado positivamente desde el siglo recientemente pasado, siendo hoy más agresivo en lo que se refiere a la antibioticoterapia y habiendo añadido al diagnóstico y tratamiento la laparoscopia, sin dejar de lado la cirugía ginecológica, en ocasiones, radical.

El especialista reconoce que la infección puede tener involucrados a más de un germen, por lo que la cobertura debe considerar el tratamiento de una infección polimicrobiana, incluyendo en muchos casos clamidia. El grado de infección determinará si la vía de administración será parenteral u oral. La mejoría puede ser rápida con una buena cobertura antibiótica. Pero, se debe insistir en prolongar el tratamiento antibiótico por vía oral por otros diez días. Recientemente, el Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação Do Hospital de Clínicas de Porto Alegre ha reco-

mendado, para la EPI leve, el empleo de ceftriaxona, 250 mg, más azitromicina, 1 g, administradas una cada semana, durante 2 semanas; este tratamiento antibiótico resulta tan efectivo como ceftriaxona, 250 mg, IM, más un curso de doxiciclina, 200 mg diarios, por 14 días, y permitió una mejor adherencia. La azitromicina, un antibiótico azálico con vida media de 68 horas en los tejidos, tiene un espectro similar a la doxiciclina, pero puede ser administrada en una sola dosis, lo que permite cumplimiento, sin efectos colaterales.

Por otro lado, la ventaja múltiple de la laparoscopia hace necesario que el ginecólogo sea versado en el manejo del laparoscopia, así como conocer las ventajas y desventajas y riesgos de la laparoscopia, especialmente al intervenir un caso de EPI. Su decisión en el empleo de un laparoscopia o de cirugía pélvica convencional o nada marcará la diferencia en el provenir de la mujer afectada.

Sin embargo, el énfasis debe estar en las medidas preventivas, que incluyen el diagnóstico temprano, el mejor tratamiento médico-qui-



rúrgico que preserve la fertilidad de la joven y que no sufra de dolor pélvico crónico, problemas menstruales o embarazo ectópico, así como la asesoría de conducta sexual segura en la población de riesgo, buscar tratamiento inmediato en casos de ITS, determinar la presencia de clamidia y orientación a la pareja luego de una consulta o procedimiento ginecológico, de parte del ginecólogo que prestó la atención médica.

Mientras tanto, están en estudio los efectos de los antibióticos, hormonas y otras sustancias que puedan activar el sistema inmune. Se trata de desarrollar microbicidas tópicos y vacunas para prevenir la gonorrea y la clamidiasis. Hay ensayos clínicos para probar un óvulo que contiene lactobacilos, que colonizan la vagina y podrían disminuir el riesgo de gonorrea y vaginosis bacteriana, causantes de EPI. Y se está por desarrollar pruebas diagnósticas rápidas, de poco costo y fáciles de usar para determinar infección por clamidia y gonorrea; y, hasta detectar la misma EPI, en mujeres con EPI silenciosa o asintomática.

En el simposio que se publica en el presente número de la Revista

Peruana de Ginecología y Obstetricia, se ha encomendado al Dr. Miguel Gutiérrez revisar lo nuevo en la etiopatogenia de la enfermedad; el Dr. Pedro Saona tiene la responsabilidad de comunicarnos la manera más efectiva de hacer el diagnóstico –muchas veces difícil de realizar. El Dr. Alfredo Celis hace una puesta al día del manejo de la EPI, tanto desde el punto de vista médico como quirúrgico. Finalmente, el Dr. Jorge Cerna –reconocido médico intensivista– muestra su experiencia de los casos de EPI vistos y tratados en la unidad de cuidados intensivos.

Estoy seguro que los lectores apreciarán la importancia del tema y la manera sencilla, agradable y amplia como los diferentes autores de este simposio han abordado sus partes de la tarea, de manera que sirvan al ginecólogo para su aplicación en la práctica diaria, en consulta externa o en la hospitalización.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Atherton H, Banks D, Harbit R, Long L, Chadd F, Hay P, Kerry S, Simms I, Oakeshott P. Recruitment of young women to a trial of chlamydia screening - as easy as it sounds? *Trials*. 2007 Dec 4;8(1):41.
2. Baird A, Olarinde O, Talbot M. Evaluation, using two assessment instruments, of the

American and British national guidelines for the management of sexually transmissible and genital infections. *Sex Health*. 2007;4(4):255-60.

3. Erny R, Porte H. [Sexually transmitted diseases (STD) and contraception] [Article in French]. *Fertil Contracept Sex*. 1989 Jun;17(6):503-8.
4. May W, Gülmezoglu AM, Ba-Thike K. Antibiotics for incomplete abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Oct 17;(4):CD001779. Review.
5. Pacheco J. Enfermedades de transmisión sexual. *Ginecol Obstet (Perú)* 1992;38:30-41.
6. Pacheco J, Angeles R. Enfermedad pélvica inflamatoria crónica. Experiencia en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, IPSS. *Ginecol Obstet (Perú)* 1997; 43:191-5.
7. Pacheco J, Maradiegue E. Enfermedad pélvica inflamatoria. En: Pacheco J, Ed. *Ginecología, Obstetricia y Reproducción*. 2ª edición. Lima: REP SAC. 2007:564-70.
8. Risser WL, Risser JM. The incidence of pelvic inflammatory disease in untreated women infected with *Chlamydia trachomatis*: a structured review. *Int J STD AIDS*. 2007;18(11):727-31.
9. Ross J, Judlin P, Nilas L. European guideline for the management of pelvic inflammatory disease. *Int J STD AIDS*. 2007;18(10):662-6.
10. Savaris RF, Teixeira LM, Torres TG, Edelweiss MI, Moncada J, Schachter J. Comparing ceftriaxone plus azithromycin or doxycycline for pelvic inflammatory disease: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2007;110:53-60.
11. Smith KJ, Cook RL, Roberts MS. Time from sexually transmitted infection acquisition to pelvic inflammatory disease development: influence on the cost-effectiveness of different screening intervals. *Value Health*. 2007;10(5):358-66.
12. Smith KJ, Ness RB, Wiesenfeld HC, Roberts MS. Cost-effectiveness of alternative outpatient pelvic inflammatory disease treatment strategies. *Sex Transm Dis*. 2007;34(12):960-6.
13. Stuart GS, Castano PM. Sexually transmitted infections and contraceptives: selective issues. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2003;30(4):795-808.