

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA: TRATAMIENTO MÉDICO Y QUIRÚRGICO

RESUMEN

Un punto crucial en el manejo de la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) es determinar el tipo de tratamiento más adecuado en cada caso. El tratamiento inicial usualmente es ambulatorio; pero, dependiendo de la severidad, se requerirá de hospitalización. Teniendo en cuenta la naturaleza polimicrobiana de esta entidad, la terapia antibiótica debe ser de amplio espectro y la elección de los antibióticos debe estar dirigida a los gérmenes más frecuentes. El tratamiento no solo debe erradicar el cuadro agudo, sino prevenir sus complicaciones, tales como dolor pélvico crónico, infertilidad y embarazo ectópico, las cuales pueden no presentarse o ser minimizadas si se realiza un tratamiento precoz, agresivo y de cobertura amplia. La enfermedad inflamatoria pélvica tiene en el absceso tuboovárico y el absceso pélvico sus formas de presentación más severas. El tratamiento de estas patologías ha variado en el tiempo, desde una conducta muy radical antes de la era preantibiótica hasta una conducta más conservadora, con la finalidad de preservar los órganos reproductores. Esta revisión tiene por objetivo presentar los diferentes esquemas de tratamiento antibiótico actuales para el manejo de la EIP, así como las diferentes alternativas de tratamiento quirúrgico, para los casos de abscesos pélvicos.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad inflamatoria pélvica, absceso tuboovárico, tratamiento

Pelvic inflammatory disease: Medical and surgical treatment

ABSTRACT

A crucial point in the management of pelvic inflammatory disease (PID) is to determine the most appropriate treatment for each case. Usually the initial management is outpatient. But depending of the severity hospitalization might be required. Taking into account the polymicrobial nature of this entity, antibiotic therapy will be broad spectrum and the election will be directed to the most frequent microbes. Treatment should not only be directed to the acute process eradication but to the prevention of its complications, such as chronic pelvic pain, infertility and ectopic pregnancy, which can be avoided or minimized if a precocious, aggressive and broad coverage is done. The most severe forms of pelvic inflammatory disease presentation are tubo-ovarian abscess and pelvic abscess. Treatment of these pathologies has varied on time from a very radical conduct in the pre-antibiotic era to a more conservative conduct with preservation of reproductive organs. This review has the objective to present the different current regimes of antibiotic treatments for PID management as well as surgical treatment alternatives for pelvic abscess.

KEY WORDS: Pelvic inflammatory disease, tubo-ovarian abscess, treatment.

INTRODUCCIÓN

En el manejo de la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) es de mucha importancia que, una vez hecho el diagnóstico, se establezca el grado de severidad de la enfermedad, para determinar si el tratamiento se hará ambulatoriamente o será necesaria la hospitalización de la paciente. Muchas pacientes pueden ser tratadas satisfactoriamente en forma ambulatoria y, en la mayoría de casos, esta es la forma de tratamiento inicial.

Diversos esquemas de tratamiento antibiótico han demostrado ser efectivos en lograr una curación clínica y microbiológica, como se observa en diversos estudios clínicos con seguimiento por corto tiempo; pero, solamente un limitado

Alfredo Celis-López

Médico Asistente del servicio de Ginecología,
Hospital Edgardo Rebagliati Martins.
Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la
Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Rev Per Ginecol Obstet. 2007;53:240-247

número de investigaciones ha evaluado y comparado estos estudios, con relación a la eliminación de la infección en el endometrio y las trompas y, menos aún, ha determinado la incidencia de complicaciones después del tratamiento con antibióticos, en el largo tiempo.^(1,2)

La aparición de nuevos antibióticos ha hecho posible variadas combinaciones, con lo cual diversos esquemas terapéuticos se han ido implementando para el mejor manejo de esta patología, que genera aproximadamente 2,5 millones de consultas ambulatorias y 200 000 hospitalizaciones, anualmente, en los Estados Unidos.

El tratamiento no se circunscribe solamente al manejo antibiótico, sino que en los últimos años ha reci-



bido el valioso aporte de la laparoscopia, la cual se ha convertido en el procedimiento de mayor valor para el diagnóstico de la EIP, así como de gran utilidad en el tratamiento quirúrgico, condicionando además un cambio de una conducta radical hacia una conducta más conservadora, en el manejo de esta patología.

TRATAMIENTO

ASPECTOS GENERALES

Todos los tratamientos con antibióticos deben ser efectivos contra *N. gonorrhoeae* y *Ch. trachomatis*, debido a que la ausencia de estos en los despistajes endocervicales no descarta la infección del tracto reproductivo superior por estos gérmenes. También se ha aislado bacterias anaerobias del tracto reproductivo de mujeres con EIP y diversos estudios han mostrado que algunos anaerobios (p ej, *Bacteroides fragilis*) pueden causar daño tubárico. Por lo tanto, los esquemas terapéuticos deben considerar antibióticos con actividad antianaeróbica. Es también importante tener en cuenta la vaginosis bacteriana, presente en muchas mujeres que tienen EIP⁽³⁾. El tratamiento será empírico en la mayoría de casos y no basado en los cultivos del tracto genital inferior, que son costosos, pueden retardar el inicio del tratamiento y a menudo no predicen el agente patógeno que está produciendo la infección del tracto genital superior.

Debido a que la prevención de secuelas es dependiente de la administración inmediata de antibióticos apropiados, el tratamiento debe ser iniciado tan pronto el diagnóstico presuntivo haya sido hecho. En la selección del esque-

ma antibiótico, se debe tener en cuenta el costo, la disponibilidad, la sensibilidad antimicrobiana y la aceptación del paciente. Para esto último, un aspecto de mucha importancia es la elección de la vía de administración, ya que esto determinará el cumplimiento del tratamiento por la paciente, más aún teniendo en cuenta que la vía oral ha demostrado similares resultados que la vía parenteral.

Muchos episodios de EIP no son reconocidos; aunque algunos casos pueden ser asintomáticos, en otros hay fallas para reconocer los casos leves o con presencia de signos o síntomas inespecíficos (p ej, sangrado anormal, dispareunia y flujo vaginal). Dado el potencial daño a los órganos reproductivos, aún en estos casos, es importante considerar su tratamiento para evitar secuelas.

El esquema de tratamiento más adecuado, así como los resultados a largo plazo del tratamiento temprano en las mujeres con EIP asintomático o subclínico, no han sido determinados. Es importante, establecer criterios de sospecha para EPI, así como reconocer a las mujeres de riesgo en quienes hay que buscar información adicional, para incrementar la certeza diagnóstica y dar el tratamiento oportuno.

Se recomienda iniciar tratamiento empírico en las mujeres jóvenes, sexualmente activas, y en aquellas mujeres con riesgo para infecciones de transmisión sexual, si ellas presentan dolor pélvico cuando cualquiera otra causa aparte de la EIP haya sido descartada y si uno o más de los siguientes criterios están presentes en el examen clínico: dolor a la movilización del cérvix, dolor al tacto uterino o dolor anexial.

La necesidad de que los tres criterios mínimos estén presentes para iniciar el tratamiento temprano es inadecuada, ya que puede llevar a un retraso en el inicio del tratamiento y comprometer el futuro de fertilidad de la paciente. Por lo tanto, la decisión de iniciar el tratamiento debe basarse en la presencia de signos de inflamación de tracto genital inferior más uno de los tres criterios mínimos.

HOSPITALIZACIÓN

Algunos especialistas han recomendado la conveniencia de hospitalizar a toda paciente con EIP, para que el tratamiento parenteral pueda ser iniciado precozmente. Sin embargo, en mujeres con un cuadro clínico leve o moderado, el tratamiento ambulatorio ha demostrado ser tan eficaz como el tratamiento intrahospitalario, tanto en el corto como en el largo plazo.

Un estudio multicéntrico, aleatorio controlado, realizado en mujeres con signos y síntomas de EIP leve y moderado, comparó un tratamiento con cefoxitina y doxiciclina endovenoso intrahospitalario con un tratamiento ambulatorio, consistente en una dosis única de cefoxitina intramuscular y doxiciclina oral. En este ensayo, las tasas de mejoría clínica y microbiológica fueron similares en ambos grupos, así como las tasas de embarazo en los tres años subsiguientes (42%, en ambos grupos). Además, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de pacientes, con respecto a la recurrencia del PID, dolor pélvico crónico o embarazo ectópico. Teniendo en cuenta estos hallazgos, la decisión de hospitalizar a la paciente dependerá de la evaluación de la severidad del cua-



dro o será reservado para pacientes con un diagnóstico incierto.

Se ha sugerido los siguientes criterios de hospitalización:

- Emergencias quirúrgicas que no puedan ser excluidas (ej, apendicitis)
- Presencia de embarazo
- Falta de respuesta clínica al tratamiento antibiótico oral dentro de las 48 horas
- La paciente no tolera o no puede continuar el tratamiento oral ambulatorio
- La paciente padece de enfermedad severa, náuseas y vómitos o fiebre alta
- La paciente tiene absceso tuboovárico o pélvico.

TRATAMIENTO PARENTERAL

Los tratamientos parenteral y oral parecen tener similar eficacia clínica, en el tratamiento de pacientes con EPI leve o moderado. Muchos estudios han demostrado la eficacia tanto de los regímenes parenterales como orales^(2,4,5) La experiencia clínica debe guiar la decisión, con respecto a pasar al tratamiento oral, el cual usualmente puede ser iniciado dentro de las 24 horas de la mejoría clínica. En el caso del absceso tuboovárico, la mayoría de clínicos recomienda al menos 24 horas de observación intrahospitalaria, la cual se mantendrá de acuerdo a la evolución.

Régimen A

Debido a que la infusión de doxiciclina produce dolor, esta debe ser administrada por vía oral, cuando sea posible, aún cuando la paciente esté hospitalizada, ya que tanto la administración oral y EV brindan igual biodisponibilidad.

El tratamiento parenteral puede ser discontinuado 24 horas después de la mejoría clínica del paciente. Luego de esto, la terapia oral con doxiciclina (100 mg/dos veces al día) se debe continuar por 14 días. En los casos en que un absceso tuboovárico esté presente, se recomienda el uso de clindamicina o metronidazol con doxiciclina, para continuar el tratamiento, antes que doxiciclina sola, ya que estos antibióticos brindan una cobertura anaeróbica más eficiente.

Los datos clínicos son limitados en relación al uso de otras cefalosporinas de segunda o tercera generación (ej, ceftizoxima, cefotaxima, ceftriaxona), las cuales pueden ser efectivas en el tratamiento de la EPI y reemplazar a cefotetán y cefoxitina. Aunque estas cefalosporinas son menos efectivas contra las bacterias anaerobias.

Régimen B

Aunque el uso de una dosis diaria única de gentamicina no ha sido evaluado para el tratamiento de EPI, esta sería tan eficaz como las dosis múltiples. Al igual que en el régimen A, el tratamiento parenteral puede ser discontinuado 24 horas después de la mejoría clínica del paciente, continuando con doxiciclina 100 mg vía oral dos veces al día o clindamicina 450 mg vía oral cuatro veces al día, hasta completar 14 días. Cuando el absceso tuboovárico está presente, muchos prefieren usar clindamicina para la terapia de mantenimiento, antes que doxiciclina, puesto que esta ofrece una cobertura anaeróbica más efectiva.

Regímenes parenterales alternativos

Hay datos limitados que apoyen el uso de otros regímenes, pero los siguientes tres han sido investigados en al menos un ensayo clínico y tienen una cobertura de amplio espectro.

La ofloxacina EV ha sido investigada como agente de uso único, pero, debido a algo de duda en relación a su espectro, el metronidazol puede ser incluido en el régimen. La levofloxacina es tan efectiva como la ofloxacina y puede reemplazarla; su aplicación de dosis diaria única le confiere una ventaja en la aceptación del paciente. Un ensayo ha demostrado altas tasas de curación en el corto tiempo con azitromicina, ya sea solo, por una semana (al menos una dosis endovenosa diaria, seguido por terapia oral), o junto con un curso de metronidazol, por doce días.⁽⁶⁾

La asociación ampicilina/sulbactam más doxiciclina es efectiva contra *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae* y anaerobios y, además, en pacientes con absceso tuboovárico.

TRATAMIENTO ORAL

El tratamiento oral debe ser considerado para pacientes con EPI agudo leve o moderado. Los resultados clínicos son similares a los obtenidos con el tratamiento parenteral. Los siguientes regímenes brindan cobertura contra los agentes etiológicos más frecuentes de EPI. Si dentro de las 72 horas la paciente no responde al tratamiento oral, debe ser reevaluada para confirmar el diagnóstico e iniciar tratamiento parenteral, en forma ambulatoria o intrahospitalaria.



Régimen A

La ofloxacin oral ha sido investigada como agente único en dos ensayos clínicos, y esta es efectiva contra *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* (7,8). Independiente de estos resultados, su falta de cobertura contra anaerobios hace necesario el uso concomitante de metronidazol.

La levofloxacin es tan efectiva como ofloxacin y puede reemplazarla. La azitromicina ha demostrado ser efectiva para la EPI aguda⁽⁶⁾. El metronidazol debe ser considerado, puesto que los anaerobios son sospechados en la mayoría de casos de enfermedad inflamatoria pélvica; además, también tiene efecto sobre la vaginosis bacteriana, la cual frecuentemente está asociada con EIP.

Régimen B

La elección óptima de las cefalosporinas en el régimen B es incierta. Aunque cefoxitina tiene mejor cobertura anaeróbica, ceftriaxona tiene mejor cobertura contra *N. gonorrhoeae*. Estudios clínicos han demostrado que una dosis única de cefoxitina tiene una respuesta clínica efectiva en pacientes con EPI. Sin embargo, la limitación teórica en la cobertura contra gérmenes anaerobios puede requerir la adición de metronidazol al régimen de tratamiento⁽⁵⁾. Ningún dato ha sido publicado con respecto al uso de cefalosporinas por vía oral, para el tratamiento de EPI. Datos limitados sugieren que la combinación de metronidazol y doxiciclina por vía oral, después de la terapia parenteral primaria, es segura y efectiva⁽⁹⁾.

Seguimiento

Después de iniciado el tratamiento antibiótico, las pacientes deben

mostrar mejoría clínica, dentro de los tres días de iniciado el tratamiento, la cual se hace evidente por una disminución de los síntomas; como ej, una disminución de la sensibilidad abdominal, tanto directa como con rebote; de igual manera, una reducción del dolor uterino y/o anexial, con la movilización del cérvix. Las pacientes que no logren una mejoría durante este periodo deben ser hospitalizadas, para realizar una rotación de antibióticos, hacer exámenes diagnósticos adicionales o ser intervenidos quirúrgicamente.

Si no se observa mejoría clínica dentro de las 72 horas después de iniciado el tratamiento ambulatorio, ya sea por vía oral o parenteral, se hospitalizará a la paciente y, dentro de la reevaluación que se haga, se debe considerar a la laparoscopia como una real alternativa, no solo diagnóstica sino principalmente terapéutica; contrariamente a lo que se pensaba hace algunos años, cuando se consideraba a los cuadros de absceso tuboovárico o absceso pélvico como contraindicaciones absolutas para el examen laparoscópico.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Drenaje de abscesos

La utilización de esquemas con antibióticos de amplio espectro ha llevado a un descenso de la cirugía extirpadora, durante la fase aguda de la EPI. El tratamiento quirúrgico de los abscesos pélvicos está reservado para los abscesos pélvicos rotos, las tumoraciones pélvicas que persisten después del tratamiento antibiótico, abscesos mayores de 6 cm por ecografía y masa pélvica fluctuante adyacente al fondo de saco de

Douglas, el cual puede ser fácilmente drenado por vía vaginal.

El tratamiento quirúrgico, en la enfermedad inflamatoria pélvica aguda, está dirigido básicamente al drenaje del absceso tuboovárico (afectación exclusiva de los anexos) y del absceso pélvico (extensión del proceso infeccioso a la pelvis). Se puede realizar por laparotomía o por vía laparoscópica. Dado el gran desarrollo que ha ido ganando la laparoscopia, nos vamos a referir preferentemente a esta vía de abordaje.

La laparoscopia no solamente tiene un rol importante en el aspecto diagnóstico, sino también en el manejo quirúrgico. Se conoce, a través de diversos estudios, de la inexactitud del diagnóstico clínico en la EPI aguda. Si no, basta recordar el estudio de Jacobson y Westrom⁽¹⁰⁾, quienes señalaban que, de 814 mujeres diagnosticadas clínicamente de EPI, la laparoscopia solo pudo confirmar dicho diagnóstico en 65%. De igual manera, Binstock⁽¹¹⁾ agrupó diez estudios en los que se presentaba un total de 1 901 pacientes y solamente se pudo confirmar la EPI aguda en 62%. Por esto, hasta que aparezca un mejor método, no invasivo y más exacto, para el diagnóstico de EPI se debe considerar a la laparoscopia como el método diagnóstico de elección. Además, la laparoscopia brinda la posibilidad de hacer diagnóstico microbiológico, por medio de la toma de muestras.

TÉCNICA LAPAROSCÓPICA

Tomándose como base el aspecto general de la pelvis y los signos más prominentes que se puede observar al realizar la laparoscopia, tres son las lesiones que se puede encontrar, y estas son exudación,



adherencias y abscesos, las cuales pueden presentarse en forma aislada o coexistir al mismo tiempo.

La vía laparoscópica permite drenar colecciones, extraer exudados y liberar adherencias y órganos pélvicos, cuando las adherencias no sean muy firmes. Dellenbach⁽¹²⁾, en Francia, fue el primero en proponer el tratamiento laparoscópico para el manejo del absceso pélvico, en 1972. Las tres series más grandes de manejo laparoscópico del absceso tuboovárico fueron informadas por Henry Suchet y Raiga, en Francia, y por H. Reich, en Estados Unidos⁽¹³⁻¹⁵⁾.

La adhesiolisis es el primer paso del tratamiento quirúrgico. Las maniobras deben ir de las más simples a las más complejas y de la parte externa hacia el centro. Se debe realizar los movimientos con mucho cuidado, porque los tejidos infectados son muy friables y sangran fácilmente, pudiendo desgarrarse con facilidad y crear falsos planos, que pueden llevar a lesionar los tejidos. Por esto, se recomienda la disección roma y la acuodisección como las dos técnicas atraumáticas y seguras para estas condiciones. Se debe evitar el uso de disección cortante y los instrumentos de tracción. De esta manera, la movilización de los órganos debe hacerse por separación con instrumental roma o traccionando de los ligamentos redondos o ligamentos uteroováricos. En cuanto a la hemostasia, se hará lavando con suero salino y coagulación bipolar, que es mucho más segura que la coagulación monopolar, teniendo en cuenta la fragilidad de los tejidos inflamados. La magnificación brindada por la visión laparoscópica es de gran ayuda para evitar la lesión de los tejidos.

Drenaje de absceso tuboovárico

Una regla básica de la cirugía, establece que todo absceso debe ser drenado. El absceso tuboovárico usualmente se sospecha por los signos clínicos y los hallazgos ecográficos y debe ser tratado precozmente. De acuerdo a los lineamientos de la laparoscopia ginecológica, esta debe ser realizada bajo anestesia general, usando un trócar de 10 mm, transumbilical, y se recomienda el uso de tres trócares de 5 mm, suprapúbicos, para una movilización e irrigación adecuada de los tejidos. Durante la laparoscopia, se diagnostica fácilmente el absceso tuboovárico, bajo visión directa, y el tratamiento laparoscópico puede ser realizado en una de dos formas, dependiendo de la duración del absceso⁽¹⁶⁾:

ABSCESO TUBOOVÁRICO RECIENTE (MENOS DE 3 SEMANAS)

Uno o ambos anexos están usualmente pegados entre sí o al útero, por secreción purulenta y/o un exudado friable de fibrina y escondidos por debajo del intestino. El intestino es removido con un instrumento roma y los anexos liberados. Al romper las adherencias tempranas y friables, deja ver usualmente una colección purulenta localizada entre la trompa y ovario, la cual debe ser aspirada en su totalidad y enviada para cultivo. Mientras el fluido es aspirado, se recomienda restituir la mesa operatoria a una posición Trendelenburg a 10°, para disminuir el riesgo de diseminación a la parte alta del abdomen.

Cada trompa debe ser movilizada cuidadosamente, tratando de liberar la fimbria, la cual usualmente

se encuentra aglutinada. Algunas veces, un piosálpinx está asociado con un absceso tuboovárico y debe ser drenado. Si se encuentra un quiste ovárico, es mejor no aspirarlo, para evitar la infección intraovárica.

La técnica de drenaje del piosálpinx dependerá de la localización de la oclusión. Cuando esta se encuentra en la parte distal, las fimbrias aglutinadas pueden ser abiertas (fimbrioplastia) mediante disección roma o cortante, según sea el caso; luego, el óstium puede ser ensanchado por el pasaje de una pinza cerrada, la cual es abierta en la ampolla y retirada en esta posición para permitir la apertura del óstium. Rara vez, es necesaria una incisión longitudinal para drenar un piosálpinx; de hacerlo, se debe utilizar un electrodo monopolar, con el cual se hará una salpingostomía no mayor de 1,5 cm en el lado antimesentérico de la trompa. El pus es aspirado y el lumen de la trompa es vigorosamente irrigado.

El lavado peritoneal es uno de los procedimientos más importantes del tratamiento y debe ser realizado prolijamente, hasta que el líquido aspirado sea totalmente claro, llegándose en algunos casos a utilizar hasta 20 litros de solución salina. Luego de lavar profusamente, el anexo debe ser preservado, independientemente del estado de la trompa (salpingitis o piosálpinx), ya que esta se recuperará en unos pocos días, en la mayoría de los casos. La extirpación de la trompa u ovario puede ser fácil de realizar, pero innecesaria, como demostrado por diferentes estudios⁽¹³⁻¹⁵⁾.



ABSCESO TUBOOVÁRICO DE LARGA DATA (MAYOR DE 3 SEMANAS)

El intestino puede ser difícil de liberar. El anexo suele aparecer como una tumoración densa y el ovario y la trompa están pegados entre sí, al útero o a las paredes laterales, mediante adherencias fibrosas, a veces, muy difíciles de romper. Por esto, el tratamiento puede variar. Dependiendo de la edad y la paridad de la paciente; se puede realizar la aspiración conservadora de la colección purulenta o la anexectomía (frecuentemente difícil, pero más recomendable en las pacientes multíparas). La razón a favor de la anexectomía inmediata es la probable rapidez en la recuperación sobre la cirugía conservadora, pero a riesgo de presentar mayores complicaciones, como se verá más adelante. Por lo tanto, parece más recomendable, incluso en las mujeres multíparas, la aspiración conservadora y el tratamiento médico complementario con antibióticos de amplio espectro, dejando la anexectomía para después, dependiendo de la evolución.

En estos casos, si el acceso a los órganos pélvicos es difícil y hay una pérdida de los planos adecuados de disección, que condicione que la adhesiolisis y el drenaje no se puedan realizar de una manera segura; es mejor realizar una laparotomía, para disminuir los riesgos de alguna lesión de los órganos vecinos (intestinos, vejiga, uréter).

Absceso tuboovárico roto: Absceso pélvico

El manejo del absceso ovárico roto ha variado en el tiempo, desde un tratamiento radical hasta un manejo conservador, en función de la

aparición de los antibióticos, que permitió un tratamiento combinado. Henri-Suchet⁽¹³⁾ fue el primero en realizar un método que combinaba la antibioticoterapia y la cirugía laparoscópica, mostrando que 90% de pacientes tuvo una respuesta favorable. Se debe iniciar un tratamiento antibiótico de amplio espectro por vía endovenosa, antes o mejor durante la laparoscopia, después de haber obtenido muestras para cultivo.

Antes de 1945, la tasa de mortalidad tras la rotura de un absceso tuboovárico era 90%, pero a medida que los cirujanos optaron por una actitud más agresiva, generalmente una histerectomía abdominal con salpingooforectomía bilateral, este índice bajó hasta 12%, en 1954⁽¹⁷⁾. De la misma manera, otros autores lograron bajar la mortalidad mediante intervenciones quirúrgicas precoces^(18,19).

Posteriormente, Rivlin y Hunt^(20,21) tuvieron una actitud más conservadora, prescindiendo de la histerectomía abdominal con salpingooforectomía bilateral; ellos trataron 113 pacientes con peritonitis, tras rotura de un absceso, bajo la premisa que la erradicación de la fuente de la sepsis era suficiente para eliminar la infección, logrando con esto la conservación de los órganos reproductores. La secreción purulenta y el material necrótico eran extraídos y se dejaba drenajes a través de los cuales se mantenía un lavado antibiótico continuo en el postoperatorio. El índice de mortalidad fue 9%, quedando la función hormonal y menstrual conservada en 73,5% de las pacientes.

Colpotomía posterior

La colpotomía continúa siendo una vía de abordaje para el drenaje del absceso pélvico. Se debe considerar su ejecución si el absceso reúne las siguientes tres condiciones: 1) está en la línea media; 2) es adyacente al fondo de saco de Douglas; y, 3) disecciona el séptum rectovaginal.

Con la paciente en posición de litotomía y bajo anestesia general, se tracciona el cérvix y se incide en el fórnix posterior abombado; se hace una incisión de 1 a 2 cm y se ingresa a la cavidad del absceso. Con una pinza larga o una cánula de succión, de existir, se rompe las adherencias fibrosas, para facilitar el drenaje. Luego, se deja un dren Penrose, hasta que el flujo de drenaje sea menor de 25 mL, en 24 horas. Si el absceso no está en la línea media, es mejor no drenarlo por esta vía, porque la lesión del intestino es muy probable. La ecografía puede ayudar a precisar la ubicación del absceso.

Esta vía de abordaje, si bien es cierto es bastante accesible, no está exenta de riesgos. Así, Rubenstein y col.⁽²²⁾, en 1976, publicaron los resultados de 38 pacientes tratados por esta vía, mostrando que 37% necesitó finalmente una nueva intervención, cuatro de las cuales terminaron en histerectomía abdominal con salpingooforectomía bilateral, por presentar avance de la infección tras el drenaje. De igual manera, Rivlin^(23,24), en dos estudios, mostró en un primer grupo que, de 59 pacientes tratadas por colpotomía, 24 necesitaron intervenciones posteriores de mayor complejidad; y, en el segundo estudio, de 348 colpotomías se registraron 23 casos de sepsis peritoneal y seis muertes. Por lo tanto, en los casos en que esta vía sea utilizada, el seguimiento posterior es sumamente importante.



COMPLICACIONES

Aunque la mayoría de mujeres con EIP se recupera completamente de la infección aguda, el daño irreversible a los órganos reproductivos puede ocurrir y el proceso inflamatorio y las adherencias pélvicas pueden dejar secuelas, como obstrucción tubárica, embarazo ectópico y dolor pélvico crónico. Después de un episodio de EIP, la infertilidad ocurre en 12% de mujeres, el riesgo de embarazo ectópico se incrementa en 7 a 10 veces y aproximadamente un 20% de estas mujeres desarrollará dolor pélvico crónico.

El uso de la laparoscopia en el manejo del absceso tuboovárico puede estar asociado a algunas complicaciones, las cuales son menos frecuentes cuando se elige el tratamiento conservador. El riesgo de sepsis y choque séptico suele ser bajo, debido al uso de antibióticos de amplio espectro; pero, la extirpación de un anexo purulento, muy inflamado y firmemente adherido, puede resultar en lesión de otros órganos, sobretodo a nivel intestinal. Buchweirz, en su estudio⁽²²⁾, hizo una comparación de 25 casos de anexectomía o salpingectomía laparoscópica con 35 casos de manejo conservador, encontrando 14 complicaciones postoperatorias en el primer grupo. Entre las complicaciones, hubo una perforación intestinal, dos colaterales de la arteria iliaca interna laceradas, dos obstrucciones intestinales y dos casos de trombosis intestinales. En cambio, por el lado conservador, solamente hubo un reingreso por dolor pélvico. Por esto, el autor concluye que el tratamiento conservador es preferible, al margen de la edad y paridad de la paciente.

El absceso recurrente de la pelvis, ocurrió solamente en 1 de 80 pacientes, en la serie de Henry-Suchet⁽¹⁶⁾, y 90% experimentó una rápida y completa mejoría. En esta misma serie, las secuelas a largo plazo en los abscesos recientes y en aquellos de larga duración fueron significativamente diferentes. Así tenemos que, de 66 pacientes, 85% tuvo una recuperación clínica completa y solamente 15% tuvo dolor pélvico crónico, como secuela, 11% en el absceso tuboovárico reciente y 22% en los casos de abscesos de larga duración. En treinta y siete mujeres, se realizó una segunda laparoscopia, 3 a 6 meses después; encontrándose que 85% de las pacientes con abscesos recientes tenía una pelvis completamente normal. Por el contrario, en las pacientes con absceso tuboovárico de larga evolución, solo una tenía la pelvis normal y 15 tenían obstrucción tubárica uni- o bilateral. Con respecto a la fertilidad, 21 mujeres tratadas por absceso tuboovárico bilateral fueron evaluadas, encontrándose que nueve de las 15 tratadas por abscesos recientes lograron un embarazo, en tanto que ninguna de las 6 pacientes tratadas por abscesos de larga duración lograron embarazarse sin más cirugía; luego de salpingoplastia, lograron embarazo 4 y una, respectivamente.

CONCLUSIONES

La laparoscopia se ha convertido en el método de diagnóstico más exacto de la EIP aguda, y nos permite establecer la severidad del cuadro, tomar muestras para cultivo y, sobretodo, realizar un tratamiento quirúrgico precoz. Si bien es cierto, que la laparoscopia debería de reali-

zarse en todas las pacientes, esto no siempre es posible y muchas veces tenemos que iniciar un tratamiento de manera empírica, sobre todo en aquellos casos que son leves a moderados o con sintomatología dudosa, en la que se podría prescindir de este procedimiento, no así en los casos severos, con presencia de abscesos pélvicos, donde la laparoscopia es mandatoria.

Teniendo en cuenta que diversos estudios han establecido que las tasas de curación después de los esquemas antibióticos sugeridos van de 90 a 97%, es importante que la cobertura sea antipolimicrobiana y con antibióticos de amplio espectro, independiente de la vía de administración, ya que con el uso de estos nuevos regímenes, tanto la vía oral como la vía parenteral vienen demostrando igual eficacia. Pero, en ambos casos, lo principal es el inicio precoz del tratamiento, que ha demostrado una gran influencia en la disminución de secuelas a largo plazo.

Además de la resolución de los síntomas, el evitar la presencia de las secuelas debería de considerarse como marcadores importantes en la evaluación del éxito de los diferentes esquemas de tratamiento; pero, este es un aspecto relevante que la mayoría de estudios no ha tomado en cuenta.

Si se diagnostica un absceso tuboovárico o un absceso pélvico, se debe hospitalizar a la paciente y el tratamiento debe estar dirigido a su curación en el tiempo más corto posible, para disminuir el riesgo de secuelas, incluidos el dolor pélvico crónico y la infertilidad.

Contrariamente a lo que se pensaba años atrás, en que los absce-



Los pélvicos constituían contraindicación absoluta para realizar una laparoscopia, en la actualidad, el drenaje laparoscópico junto con la antibioticoterapia endovenosa han confirmado que se trata del mejor método para el manejo de esta patología, ya que permite su drenaje, la lisis de adherencias y el lavado abundante, con lo cual se consigue la recuperación adecuada de la mayoría de las pacientes, haciendo que en el momento actual la tasa de mortalidad por esta causa sea muy baja, en los países desarrollados.

En estos casos, una segunda laparoscopia es recomendada luego de algunos meses, para establecer el pronóstico de fertilidad, así como eliminar algunas secuelas del proceso anterior, que pudieran haber quedado. Precisar cuándo y cuán extenso debería ser este segundo procedimiento es aún controversial y para establecerlo, serán necesarios futuros estudios.

RECOMENDACIÓN

Teniendo en cuenta que el objetivo del tratamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica aguda no solamente está dirigido a la erradicación del ataque inicial sino a la prevención de sus secuelas y habiéndose reconocido la importancia del diagnóstico y tratamiento oportunos, se recomienda que el tratamiento debe ser lo más precoz posible, combinando la antibioticoterapia con la laparoscopia,

en la mayoría de las pacientes, para evitar tales complicaciones.

Dada la fuerte asociación entre la EIP y las infecciones de transmisión sexual, las estrategias deben estar dirigidas a promover las relaciones sexuales seguras (reducción del número de parejas, uso de condón, entre otros).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Haggerty CL, Ness RB, Amortegui A, et al. Endometritis does not predict reproductive morbidity after pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188:141-8.
- Ness RB, Soper DE, Holley RL, et al. Effectiveness of inpatient and outpatient treatment strategies for women with pelvic inflammatory disease: results from the Pelvic Inflammatory Disease Evaluation and Clinical Health (PEACH) Randomized Trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186:929-37.
- Ness RB, Hillier SL, Kip KE, et al. Bacterial vaginosis and risk of pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol.* 2004;104:761-9.
- Walker CK, Workowski KA, Washington AE, Soper D, Sweet RL. Anaerobes in pelvic inflammatory disease: implications for the Centers for Disease Control and Prevention's guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. *Clin Infect Dis.* 1999;28(Suppl 1):S29-S36.
- Walker CK, Kahn JG, Washington AE, Peterson HB, Sweet RL. Pelvic inflammatory disease: metaanalysis of antimicrobial regimen efficacy. *J Infect Dis.* 1993;168:969-78.
- Bevan CD, Ridgway GL, Rothermel CD. Efficacy and safety of azithromycin as monotherapy or combined with metronidazole compared with two standard multidrug regimens for the treatment of acute pelvic inflammatory disease. *J Int Med Res.* 2003;31:45-54.
- Martens MG, Gordon S, Yarborough DR, Faro S, Binder D, Berkeley A. Multicenter randomized trial of ofloxacin versus cefoxitin and doxycycline in outpatient treatment of pelvic inflammatory disease: Ambulatory PID Research Group. *South Med J.* 1993;86:604-10.
- Peipert JF, Sweet RL, Walker CL, Kahn J, Rielly-Gauvin K. Evaluation of ofloxacin in the treatment of laparoscopically documented acute pelvic inflammatory disease (salpingitis). *Infect Dis Obstet Gynecol.* 1999;7:138-44.
- Witte EH, Peters AA, Smit IB, et al. A comparison of pefloxacin/ metronidazole and doxycycline/metronidazole in the treatment of laparoscopically confirmed acute pelvic inflammatory disease. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1993;50:153-8.
- Jacobson L, Westrom L. Objectivized diagnosis of acute pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol.* 1969;105:1088.
- Binstock M, Muzsnai D, Apodaca L, et al. Laparoscopy in the diagnosis and treatment of pelvic inflammatory disease: a review and discussion. *Int J Fertil.* 1986;31:3411
- Dellenbach P, Muller P, Philippe E. Infections tubo-ovariennes aiguës. *Encyclopedie Medico Chirurgicale Gynécologique.* 1972;470A:10-11
- Henry Suchet J, Soler A, Loffredo V. Laparoscopic treatment of tubo-ovarian abscesses. *J Reprod Med.* 1984;29:579-82.
- Raiga J, Denois S, Canis M, et al. Laparoscopic treatment of adnexal abscesses. A series of 39 patients. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1995;24:381-5
- Reich H, McGlynn F. Laparoscopic treatment of tubo-ovarian of pelvic abscess. *J Reprod Med.* 1987;32:747-52
- Henry Suchet J, Dahan M, Tannous W, et al. Salpingites aiguës non spécifiques. *Conduite a tenir.* Editions Techniques-Encycl. Med Chir Paris. 1995;470:1-18
- Vermeeren J, Telinde RW. Intra-abdominal rupture of pelvic abscesses. *Am J Obstet Gynecol.* 1954;68:402
- Pedowitz P, Blomfield RD. Ruptured adnexal abscess (tubo-ovarian) with generalized peritonitis. *Am J Obstet Gynecol.* 1964;88:721.
- Mickal A, Selman AH. Management of tubo-ovarian abscess. *Clin Obstet Gynecol.* 1961;12: 252.
- Rivling M, Hunt J. Surgical management of diffuse peritonitis complicating obstetric/gynecologic infections. *Obstet Gynecol.* 1986;67:652.
- Rivling M, Hunt J. Ruptured tubo-ovarian abscess: is hysterectomy necessary? *Obstet Gynecol.* 1977;50:518
- Buchweirz O, Malik E, Kressin P, et al. Laparoscopic management of tubo-ovarian abscesses: Retrospectiv analysis of 60 cases. *Surg Endosc.* 2000;10:948-50.
- Rivlin M. Clinical outcome following vaginal drainage of pelvic abscess. *Obstet Gynecol.* 1983;61:169.
- Rivlin M, Golan A, Darling M. Diffuse peritoneal sepsis associated with colpotomy drainage of pelvic abscesses. *J Reprod Med.* 1982;27:406.