

# ENDOMETRITIS SALPINGITIS PELVIPERITONITIS AGUDA

Eduardo Maradiegue Méndez

La endometritis salpingitis pelviperitonitis aguda (ESP), llamada anteriormente enfermedad pélvica inflamatoria aguda, se presenta en la etapa menstrual y preferentemente durante la 3ra. y 4ta. década de la vida, que es la etapa fundamental de vida sexual activa; raramente es diagnosticada en mujeres sin vida sexual activa.

La ESP tiene una incidencia de 10 a 13 por 1,000 en los países desarrollados, habiendo aumentado desde la década de los 60. En E.E.UU. de Norteamérica, en la década de los 70, de cada 1000 pacientes que concurren a los consultorios de ginecología, 45 presentaban ESP.

La vía usual de difusión es desde la vagina y cervix a la cavidad endometrial, luego a las trompas y finalmente a la pelvis. No se conoce qué factor o factores hacen romper la barrera local de protección cervical. Algunos autores refieren que puede ser la menstruación, —ya que generalmente la ESP se presenta después de la menstruación—, las relaciones sexuales, debido a que las contracciones uterinas coitales favorecerían al ascenso de una infección cervical o el hilo del DIU; algunos procedimientos como el cervix, como histerosalpingografías, insuflación tubaria, hidrotubaciones, inserción de DIU, también favorecen la ESP.

La ESP debe ser diagnosticada y tratada a tiempo, ya que si bien actualmente la mortalidad por ESP es cero, sus secuelas son severas, incluyendo disminución de la fertilidad, síntomas que pueden incapacitar a la paciente y abscesos tubo-ováricos que al romperse pueden producir shock séptico con una mortalidad de 8.6o/o.

En el Hospital General Cayetano Heredia (HGBCH) realizamos un estudio de ESP en doce pacientes con un protocolo especial. Las pacientes debían tener fiebre de 38°C. por 48 horas o más, dolor abdominal bajo, dolor anexial, sin masa pélvica y sin tratamiento previo. A dichas pacientes se les tomó muestra de la secreción del endocervix, del líquido obtenido por culdocentesis y del líquido del saco de Douglas tomado por laparoscopia.

El diagnóstico clínico de ESP dependerá de la agudeza del médico, ya que, junto con los síntomas clásicos de dolor abdominal bajo y fiebre, existe una amplia sintomatología en este proceso; pero el 100o/o de las pacientes concurren por dolor abdominal bajo,

bilateral, constante, que aumenta con los movimientos. La ESP debe sospecharse en toda mujer joven, sexualmente activa, que presenta dolor abdominal bajo. Así mismo, hay que tener en cuenta que en el 66o/o de pacientes la ESP se inicia en los primeros siete días del ciclo menstrual. Otros síntomas referidos son leucorrea, disuria (en un 20o/o de casos), dispareunia, hemorragia uterina anormal (en un 35—40o/o), anorexia, náuseas y vómitos en el 25o/o de casos; estos dos últimos síntomas nos indican compromiso peritoneal.

En el examen físico puede haber distensión abdominal, dolor a la palpación y rebote positivo, de acuerdo con la intensidad del cuadro y con el grado de compromiso peritoneal.

En el examen vaginal, generalmente objetivamos exudado y/o sangrado vaginal, así como dolor a la movilización del cervix, dolor y/o engrosamiento de las trompas y tumoración anexial muy dolorosa si se está formando o hay absceso tubo-ovárico.

En el hemograma los glóbulos blancos están aumentados con desviación izquierda, cuya intensidad guarda correlación con la severidad del cuadro y de la elevación térmica.

En el estudio realizado en el HGBCH (Tabla No. 1), además de los signos y síntomas que permitían el ingreso al estudio, —fiebre, dolor abdominal bajo y dolor anexial—, encontramos signos de irritación peritoneal, como dolor a la movilización del cuello, rebote, náuseas y vómitos, así como signos de compromiso uterino caracterizados por sangrado y descenso purulento.

El diagnóstico clínico diferencial se deberá realizar con:

- Apendicitis: En este proceso los síntomas gastrointestinales son más intensos, el dolor y los síntomas de irritación peritoneal son más localizados.
- Embarazo ectópico: Existe antecedente de irregularidad menstrual, ausencia de fiebre, dolor unilateral.
- Aborto séptico: Existe antecedente de embarazo y maniobras, hay signos de gravidez.
- Quiste de ovario roto o con torsión del pedículo. En estos procesos, el dolor es unilateral y la fiebre, si existe, es mínima.

La culdocentesis es actualmente un procedimiento sencillo, económico y sin complicaciones, que nos ayuda a confirmar el diagnóstico clínico y a obtener muestra para el diagnóstico bacteriológico, por lo que debe ser usado en forma rutinaria. En nuestro estudio, con la culdocentesis obtuvimos líquido del fondo de saco de Douglas en nueve de los doce casos de ESP; en siete fue purulento y en dos seroso; uno de estos últimos estaba mezclado con sangre. No se observó efectos nocivos como consecuencia de la culdocentesis.

La laparoscopia se ha usado para confirmar la sospecha clínica de ESP, pero tiene el inconveniente de no estar al alcance de todos los Centros, debido al alto costo del equipo y de requerir personal entrenado; la laparoscopia confirma el diagnóstico, ayuda a determinar la extensión, descarta inmediatamente otro proceso médico o quirúrgico intraabdominal y permite obtener muestra para estudio bacteriológico. Jacobson y Westrom determinaron los signos laparoscópicos para el diagnóstico de ESP que son: hipermia en la trompa y útero, edema de las trompas y exudado en cavidad. En 814 casos de sospecha clínica de ESP, Ledger les realizó laparoscopia, confirmando el diagnóstico en 532. 184 laparoscopías fueron normales y en 98 se diagnosticó otros procesos abdominales, siendo los más frecuentes apendicitis, endometritis, quiste de ovario y embarazo ectópico.

Sin embargo, la laparoscopia no es un procedimiento sin riesgo, más aún si se realiza con anestesia general, por lo que siempre se deberá valorar sus beneficios versus sus riesgos. En nuestro estudio realizamos laparoscopia a los doce casos, utilizando como anestesia neurolepto más local. Se confirmó el diagnóstico clínico en todos; en 11 casos se obtuvo líquido del fondo de saco de Douglas; en siete fue seroso y en cuatro, purulento. Como complicación, dos pacientes desarrollaron infección en el sitio de la punción para la laparoscopia.

La paciente con ESP debe ser hospitalizada cuando:

- 1.— El diagnóstico es incierto o dudoso.
- 2.— Tenga temperatura de 38° ó más
- 3.— Se constate peritonitis severa que no tolere tratamiento oral.
- 4.— Antecedente de episodios anteriores.
- 5.— Sospecha de absceso pélvico
- 6.— Culdocentesis positiva.

El diagnóstico bacteriológico es de suma importancia porque nos identifica el factor etiológico y el antibiótico útil. La ESP es producida por los más variados microorganismos, ya sea como agentes únicos o mixtos. Antiguamente se consideró que solo era debida a la gonorrea; por eso algunos trabajos la clasifican en gonocócica y no gonocócica. Pero el porcentaje de ESP debido a gonococo no es igual en todos los estudios realizados. Así, en EE.UU. de Norteamérica varía entre 44 a 65o/o y, en Europa, entre 5 y 32o/o. Sin embargo, es indispensable que todo estudio bacteriológico de ESP cuente con medio de Thayer Martín que es específico para gonococo.

Un grupo de gérmenes cuyo porcentaje se ha incrementado como factor etiológico de ESP, sea único o asociado con otros, es el de los anaerobios.

Así mismo, en la última década hay numerosos reportes sobre la *Clamidia trachomatis*. En Suecia ocupa los primeros lugares como germen causal de ESP. Sin embargo, las técnicas de cultivo son muy complicadas; puede estudiarse por el título de anticuerpos con microinmunofluorescencia. Por último, hay otros dos gérmenes que son reportados como agentes de ESP: el *Mycoplasma hominis* y el *Ureaplasma urealyticum*, aunque todavía están cuestionados por la alta incidencia de ellos en las pacientes control. Para el trabajo realizado en el HGBCH, además de los cultivos usuales, se empleó medios de Thayer Martín y de anaerobios; no realizamos estudios para *Clamidia*, *Mycoplasma*, ni *Ureaplasma*; encontramos (Tabla No. 2) infecciones mixtas en ocho casos y causadas por un solo agente en cuatro; se aisló treinta y tres cepas patógenas, veintitres aeróbicas y diez anaeróbicas.

Las bacterias aeróbicas aisladas fueron nueve casos de *Estafilococo* no hemolítico y dos de *Estafilococo aureus*; las anaerobias fueron ocho casos de *Bacteroides sp.* y dos de *Bacteroides melaninogénicus*; no aislamos ninguna cepa de gonococo.

En el tratamiento médico de la ESP se ha empleado variados fármacos, ya sea solos o en combinaciones. Bell y Jones describen 13 drogas empleadas en 23 combinaciones diferentes por varios autores. El tratamiento depende del resultado bacteriológico y del grado de severidad del cuadro clínico; pero, es necesario que a la paciente con ESP se le inicie el tratamiento lo más pronto posible, de preferencia cuando se diagnostique clínicamente. En los cuadros que no tengan severo compromiso peritoneal, se administrará un antibiótico de amplio espectro, hasta que reporten el estudio bacteriológico. Si el cuadro clínico mejora, se continuará con el fármaco; sino, se cambia por uno de los antibióticos de mayor sensibilidad reportado en el antibiograma. En nuestro protocolo, empleamos la doxiciclina por vía oral en dosis de 100 mg. cada 12 horas por 10 días; las doce pacientes estaban asintomáticas en el séptimo día (Tabla No. 3). Todas las cepas aisladas aeróbicas y anaeróbicas eran sensibles a la doxiciclina. Cuando la infección sea severa, por grave compromiso peritoneal y del estado general, es recomendable usar la asociación de un aminoglucósido tipo gentamicina y kanamicina con una penicilina sódica, ampicilina o cefalosporina para cubrir los gérmenes aeróbicos y clindamicina, cloranfenicol o metronidazol para los anaeróbicos; si no mejora o empeora el cuadro clínico, se procede al tratamiento quirúrgico con la finalidad de eliminar el foco séptico. Este debe ser de preferencia radical o sea histerectomía total con salpingoforectomía bilateral. Es necesario tener presente que cuando la ESP es producida por microorganismos transmitidos sexualmente, se deberá tratar a su pareja sexual, para evitar recidivas.

Las secuelas post ESP dependen de la severidad de la infección y del número de episodios. Monif refiere que la infertilidad se presenta en el 6.1o/o de pacien-

tes con ESP leve, en el 13.4o/o de las moderadas y en el 30.0o/o de las severas; para W. Estom (Tabla No. 4), la infertilidad está relacionada con el número de episodios de ESP; Ginsbur y col. reportan que de 160 abscesos tubo-ováricos, a 50 se les realizó tratamiento quirúrgico y a 110 tratamiento médico; de éstas, a 34 se les realizó posteriormente cirugía por recurrencia o persistencia de la enfermedad. Reportan una incidencia de embarazos de 9.5o/o; sólo gestaron las que tuvieron abscesos unilaterales. Así mismo, la incidencia

de embarazos ectópicos está aumentada en pacientes post ESP; Westrom reporta una incidencia de 1/14 en pacientes sin antecedentes de ESP, y de 1/16 en pacientes post ESP. Por otra parte, aumenta la incidencia de dolor pélvico crónico y dispareunia en las pacientes post ESP.

En las series estudiadas por Westrom, 18.1o/o presentaron dolor pélvico crónico, 68o/o dispareunia y 63o/o infertilidad involuntaria.

## BIBLIOGRAFIA

- BELL T., JAMES J.F.: Computer-assisted analysis of the therapy of acute salpingitis. *Am J. Obstet Gynecol* 138:1048, 1980.
- BURKMAN R.T.: Intrauterine device use and the risk of pelvic inflammatory disease. *Am J. Obstet Gynecol* 138:861, 1980.
- CUNNINGHAM F.G, et AL: Evaluation of tetracycline or penicillin and ampicillin for the treatment of acute pelvic inflammatory disease. *N. Engl. J Med* 296: 1380, 1977.
- CHAPARRO M Y, CHOH S, NASHED A y POLIAK A: Laparoscopy for the confirmation and prognostic evaluation of pelvic inflammatory disease. *Int. J Gynecol Obstet* 15:307, 1978.
- ESCHENBACK D y HOMES K: Acute pelvis inflammatory disease. *Clin Obstet Gynecol* 18:35, 1975.
- GINSBUR D S, STERN J L, HAMOD K, GENARDRY R y SPENCE M R: Tubo ovarian abscess. *Am J. Obstet Gynecol* 138:1055, 1980.
- GONZALEZ E R, YI A, MARADIEGUE M E y PONCE DE LEON O: Diagnóstico de la endometritis-salpingitis-pelviperitonitis y su tratamiento con doxociclina oral. *Ginecol Obstet (Perú)* 14:51, 1979
- HOLMES K K, ESCHENBACK D A, KNAPP J S: Salpingitis: overview of etiology and epidemiology. *Am J Obstet Gynecol* 138:893, 1980.
- JONES O G, ZAIDI A A y ST. JOHN R: Frequency and distribution of salpingitis in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 138:905, 1980.
- LEDGER W J: Laparoscopy in the diagnosis and management of patients with suspected salpingoophoritis. *Am J Obstet Gynecol* 138:1012, 1980.
- MARDH P: Overview of infectious agents of salpingitis, their biology and recent advances in methods of detection. *Am J Obstet Gynecol* 138:933, 1980.
- MONIF G, R: Infectious diseases in obstetrics and gynecology. Harper and Row Publishers Inc., New York 1974.
- PAAVONEN J: Chlamydia trachomatis in acute salpingitis. *Am J Obstet Gynecol* 138: 1975, 1980.
- WESTROM L: Incidence, prevalence and trends of acute pelvic inflammatory diseases and its consequences in industrialized countries. *Am J Obstet Gynecol* 138:880, 1980.