

DOI: 10.26820/recimundo/6.(3).junio.2022.30-36

URL: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1644>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 30-36



Enfermedad inflamatoria pélvica

Pelvic inflammatory disease

Doença inflamatória pélvica

**Carlos Antonio Córdova Chacón¹; Alfonso Francisco Baquerizo Chala²;
Christian Andre Roca Maldonado³; Katherine Andrea Almeida Barcia⁴**

RECIBIDO: 01/05/2022 **ACEPTADO:** 20/05/2022 **PUBLICADO:** 09/06/2022

1. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; cancordova@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-8913-136X>
2. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; alfonsobaq93@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-9562-7302>
3. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; roca.christian1092@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-5086-4155>
4. Magister en Seguridad y Salud Ocupacional; Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; katty.almeidab@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-4257-9124>

CORRESPONDENCIA

Carlos Antonio Córdova Chacón
cancordova@hotmail.com

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) es un síndrome clínico frecuente, caracterizado por la infección del tracto genital superior. La metodología utilizada para el presente trabajo de investigación, se enmarca dentro de una revisión bibliográfica de tipo documental, ya que nos vamos a ocupar de temas planteados a nivel teórico como es Enfermedad inflamatoria pélvica. Manejo y complicaciones. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales electrónicos, estos últimos como Google Académico, PubMed, entre otros, apoyándose para ello en el uso de descriptores en ciencias de la salud o terminología MESH. La información aquí obtenida será revisada para su posterior análisis. Como se ha analizado dentro del proceso de la presente investigación, esta patología no es infrecuente, se asocia al inicio de relaciones sexuales y puede relacionarse a la cantidad de parejas sexuales que haya tenido la mujer lo que se considera una conducta sexual de riesgo. Su sintomatología más característica es el dolor abdominal bajo o pélvico, inflamación del tracto vaginal, en cuanto al diagnóstico el ultrasonido es la técnica de imagen más utilizada, el tratamiento se justifica cuando se inicia la sintomatología, la cual debe ser de amplio espectro para una mayor cobertura contra los patógenos más probables. En el tratamiento deben incluirse la pareja sexual, cuanto el contacto sexual haya sido 60 días previos a los inicios de los síntomas.

Palabras clave: Vaginal, Inflamación, Ultrasonido, Pélvico, Sexual.

ABSTRACT

Pelvic inflammatory disease (PID) is a common clinical syndrome, characterized by infection of the upper genital tract. The methodology used for this research work is part of a bibliographic review of documentary type, since we are going to deal with issues raised at a theoretical level such as pelvic inflammatory disease. Management and complications. The technique for data collection is made up of electronic materials, the latter such as Google Scholar, PubMed, among others, relying on the use of descriptors in health sciences or MESH terminology. The information obtained here will be reviewed for further analysis. As has been analyzed within the process of this investigation, this pathology is not infrequent, it is associated with the beginning of sexual relations and can be related to the number of sexual partners that the woman has had, which is considered risky sexual behavior. Its most characteristic symptomatology is lower abdominal or pelvic pain, inflammation of the vaginal tract, in terms of diagnosis, ultrasound is the most used imaging technique, treatment is justified when the symptomatology begins, which must be broad-spectrum for a increased coverage against the most likely pathogens. The sexual partner must be included in the treatment, as long as the sexual contact has been 60 days prior to the onset of symptoms.

Keywords: Vaginal, Inflammation, Ultrasound, Pelvic, Sexual.

RESUMO

A doença inflamatória pélvica (PID) é uma síndrome clínica comum, caracterizada pela infecção do tracto genital superior. A metodologia utilizada para este trabalho de investigação faz parte de uma revisão bibliográfica de tipo documental, uma vez que vamos tratar de questões levantadas a um nível teórico, tais como a doença inflamatória pélvica. Gestão e complicações. A técnica de recolha de dados é constituída por materiais electrónicos, estes últimos como o Google Scholar, PubMed, entre outros, apoiando-se na utilização de descritores em ciências da saúde ou terminologia MESH. A informação aqui obtida será revista para uma análise mais aprofundada. Como foi analisado no âmbito do processo desta investigação, esta patologia não é pouco frequente, está associada ao início das relações sexuais e pode estar relacionada com o número de parceiros sexuais que a mulher teve, o que é considerado um comportamento sexual de risco. A sua sintomatologia mais característica é a dor abdominal inferior ou pélvica, inflamação do tracto vaginal, em termos de diagnóstico, a ecografia é a técnica de imagem mais utilizada, o tratamento justifica-se quando a sintomatologia começa, que deve ser de largo espectro para uma maior cobertura contra os agentes patogénicos mais prováveis. O parceiro sexual deve ser incluído no tratamento, desde que o contacto sexual tenha sido 60 dias antes do início dos sintomas.

Palavras-chave: Vaginal, Inflamação, Ultra-som, Pélvico, Sexual.

Introducción

La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) es un síndrome clínico frecuente, caracterizado por la infección del tracto genital superior. Generalmente es el resultado de una infección ascendente desde el endocérvix, con gran variabilidad en la forma de presentación: desde formas subclínicas, prácticamente asintomáticas, hasta cuadros graves de abdomen agudo, que pueden en algunos casos llegar hasta la muerte (Sánchez-Pérez et al., 2022).

Se trata de una de las infecciones más frecuentes e importantes en las mujeres no embarazadas en edad reproductiva, y constituye un problema de salud pública por los costos directos e indirectos que provoca debido a sus manifestaciones clínicas y sus secuelas. Su incidencia es difícil de precisar, ya que las formas subclínicas son subdiagnosticadas, pero es sabido que se trata de una entidad frecuente (Curo Muñoz & Mejía Méndez, 2018).

Se estima que la EPI en EE. UU. se presenta en 4.1% de las mujeres sexualmente activas. Los datos sugieren que en el 2001 se contabilizaron más de 750,000 casos. Sin embargo, en la última década su prevalencia ha disminuido. Actualmente es responsable de 90,000 visitas al año al servicio de emergencias, y esta reducción se debe principalmente a los esfuerzos por controlar infecciones por *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*. A pesar de esto, hoy en día aún corresponde a la patología ginecológica más frecuentemente responsable de admisiones al sistema hospitalario (Martínez et al., 2020).

La mayoría de las pacientes con diagnóstico de EIP están relacionados con infecciones de transmisión sexual. Entre el 8-20 % de las mujeres con cervicitis por gonococos no tratadas y 8-10 % de las mujeres con cervicitis por clamidias no tratadas se complican con Enfermedad Inflamatoria Pélvica, también denominado como un Proceso Inflamatorio Pelviano (PIP). Otros

factores que se han relacionado con el incremento de EIP incluyen el uso de dispositivos intrauterinos e infecciones puerperales y posaborto; también se asocia a algunos procedimientos operatorios, tales como dilatación y curetaje uterino e histerosalpingografía (Miguel & Aguilera, 2021).

Metodología

La metodología utilizada para el presente trabajo de investigación, se enmarca dentro de una revisión bibliográfica de tipo documental, ya que nos vamos a ocupar de temas planteados a nivel teórico como es Enfermedad inflamatoria pélvica. Manejo y complicaciones. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales electrónicos, estos últimos como Google Académico, PubMed, entre otros, apoyándose para ello en el uso de descriptores en ciencias de la salud o terminología MESH. La información aquí obtenida será revisada para su posterior análisis.

Resultados

Factores de riesgo

- Edad: la máxima incidencia se observa en las primeras décadas reproductivas, en gran parte por la mala práctica anti-conceptiva. Las adolescentes presentan un riesgo 3 veces mayor de EIP.
- Relaciones sexuales de riesgo: diferentes parejas, sin medidas de protección (aumento del riesgo por 4 veces).
- ITS de la mujer y/o la pareja: el 15% de las pacientes con gonorrea o infección cervical por *Chlamydia* que no han sido tratadas desarrollarán un cuadro de EIP, que se manifiesta a menudo durante o inmediatamente después de la menstruación.

Otros factores de riesgo para desarrollar EIP independientes de ITS son:

- Maniobras endouterinas diagnóstico/terapéuticas: como inserción de un dispositivo intrauterino (DIU), especialmente en las primeras 3 semanas posinserción.

- Historia previa de EIP: sobre todo por la persistencia de las mismas conductas sexuales.
- Vaginosis bacteriana: al producir la disrupción de la protección del canal endocervical (Baquedano Mainar et al., 2021).

Clasificación

La enfermedad pélvica inflamatoria clasificada por Monif de acuerdo con la gravedad de los hallazgos clínicos, describe la posibilidad de presentar datos de abdomen agudo.

Imagen 1. Clasificación de la enfermedad pélvica inflamatoria.

Grado I (Leve)	No complicada, sin masa anexial ni datos de abdomen agudo, ni irritación peritoneal.
Grado II (Moderada)	Complicada presencia de: masa anexial o absceso que involucra trompas y/o ovarios. Con o sin signos de irritación peritoneal.
Grado III (Grave o severa)	Diseminada a estructuras extra pélvicas: absceso tubo-ovárico roto o pélviperitonitis o con datos de respuesta sistémica.

Fuente: (Wright Díaz, 2018).

Estadios:

Estadio I: Salpingitis aguda sin pelviperitonitis.

Estadio II: Salpingitis aguda con pelviperitonitis.

Estadio III: Salpingitis con formación de absceso tubo-ovárico.

Estadio IV: Rotura de abscesos tubáricos (Wright Díaz, 2018).

Cuadro clínico

Existe gran variabilidad en la forma de presentación de la infección pélvica inflamatoria, desde formas subclínicas, prácticamente asintomáticas, hasta cuadros graves de abdomen agudo. El síntoma más frecuente es el dolor hipogástrico, generalmente sordo y bilateral siendo característico que aparezca durante o inmediatamente después

de la menstruación y que se agudice con la maniobra de Valsalva. Otros síntomas son: dispareunia profunda, sangrado genital anormal, disuria atípica, náuseas y vómitos.

A la exploración, con el tacto bimanual, es característico que la paciente muestre dolor importante a la movilización uterina y anexial; si éste es predominantemente unilateral, habrá que sospechar la existencia de un absceso a ese nivel. Además, a la inspección vaginal con Especuloscopia, se podrá objetivar cervicitis y leucorrea purulenta y maloliente (Asanza Briones, 2018).

El flujo vaginal cambia de color, cantidad y aspecto; puede volverse blanquecino y grumoso asociado a prurito producido por *Cándida albicans*, espumoso con burbujas y mal olor producido por *Trichomonas vaginalis*; o puede ser gris y con mal olor producido por *Gardnerella vaginalis*, microorganismos que casi siempre se encuentran asociados a EPI

Diagnóstico

Algunos autores e instituciones de salud de diferentes países definen a la infección pélvica inflamatoria de acuerdo a su localización en el aparato genital femenino. Localización de la infección pélvica inflamatoria aguda:

1. Metritis o endometritis
2. Salpingitis (incluye salpingitis silenciosa)
3. Salpingovaritis
4. Absceso tubárico
5. Piosálpinx
6. Pelviperitonitis
7. Parametritis o pelvi celulitis
8. Douglasitis, que incluye el absceso de Douglas.
9. Localización extragenital (peri hepatitis o síndrome de Fertz – Hugh –Curtís) (Asanza Briones, 2018).

- Las imágenes pélvicas pueden ser de ayuda para evaluar las causas alternativas del dolor pélvico o las complicaciones asociadas, sin embargo, la ausencia de datos radiográficos o de hallazgos consistentes con EPI no lo descartan y no debe ser razón para renunciar o retrasar el tratamiento.
- El ultrasonido es la técnica de imagen con mayor respaldo científico para su evaluación. Existe evidencia limitada para el uso de TAC o RM. No obstante, son útiles para excluir diagnósticos alternativos en mujeres con una presentación atípica o severa.
- La laparoscopia se puede utilizar para obtener un diagnóstico más certero en casos de salpingitis, dado que facilita la obtención de muestra para estudio bacteriológico. No obstante, su valor predictivo positivo es bajo puesto que no detecta endometritis.
- Por último, la biopsia endometrial transcervical puede utilizarse para detectar endometritis que se asocia a salpingitis, sin embargo, se desaconseja su uso rutinario (Martínez et al., 2020).

Tratamiento ambulatorio

Esta indicado en cuadros clínicos no complicados, cuando la paciente tolere la vía oral, cuando no presenta signos de EPI complicada, cuando haya garantía de cumplimiento de tratamiento y sea factible una reevaluación a los 3 a 5 días de tratamiento con posibilidad de ingreso hospitalario de no haber mejoría.

Primera elección

- Ceftriaxona 250 mg IM (dosis única) + Doxyciclina 100 mg c/12h VO +/- Metronidazol 500 mg c/12h VO por 14 días.
- Cefoxitin 2 gr IM (dosis única) + Probenecid, 1 gr VO (dosis única) + Doxyciclina 100 mg c/12h VO +/- Metronidazol 500 mg c/12h VO por 14 días.

- Ofloxacino 400 mg. c/12h ó levofloxacino 500 mg. c/24h + Metronidazol 500 mg c/12h VO por 14 días. (No de elección cuando existe sospecha de gonococo por la evidencia de incremento de resistencia a quinolonas) (Muñoz Corahua, 2019).

Tratamiento alternativo

- Ceftriaxona 250 mg IM (dosis única) + Azitromicina 1gr. A la semana durante 2 semanas.
- Moxifloxacino 400 mg. c/24h por 14 días. (No de primera elección por RAM hepáticas y riesgo cardiaco) (Muñoz Corahua, 2019).

Tratamiento ambulatorio del síndrome de dolor abdominal bajo (Enfermedad Pélvica Inflamatoria)

- Ciprofloxacina, 500 mg vía oral en dosis única más
- Doxyciclina, 100 mg vía oral, cada 12 horas por 14 días. más
- Metronidazol, 500 mg vía oral cada 12 horas, durante 14 días (Muñoz Corahua, 2019).

Recomendaciones para el tratamiento endovenoso de la enfermedad inflamatoria pélvica

PRIMERA ELECCIÓN:
- Ceftriaxona 2 g IV c/24 h ó Cefoxitin 2 g IV c/6 h ó Cefotetán 2 g IV c/12 h + Doxyciclina 100 mg c/12 h VO ó IV seguido de Doxyciclina 100 mg c/12 h + Metronidazol 500 mg c/12 h VO, hasta completar 14 días.
- Clindamicina 900 mg c/8 h IV + Gentamicina (2 mg/kg dosis de carga) y 1,5 mg/kg c/8 h posterior (o dosis diaria de 3-5 mg/kg) seguido de Clindamicina 450 mg c/6 h ó Doxyciclina 100 mg c/12 h + Metronidazol 500 mg c/12 h VO hasta completar 14 días.
ALTERNATIVOS (no de primera elección):
- Ofloxacino 400 mg IV c/12 h + Metronidazol 500 mg IV c/12 h, hasta completar 14 días.
- Ampicilina/sulbactam 3 g IV c/6 h + Doxyciclina 100 mg c/12 h hasta completar 14 días

Fuente: (Curo Muñoz & Mejía Méndez, 2018).

Tratamiento hospitalario

Cuando la respuesta al tratamiento médico domiciliario no ha sido satisfactoria o se dan las siguientes situaciones clínicas, será necesario el ingreso hospitalario e instaurar tratamiento antibiótico endovenoso, que deberá mantenerse hasta 24 horas después de la mejoría clínica para pasar a antibioterapia oral:

- Enfermedad grave, con afectación importante del estado general, fiebre alta y vómitos.
- Mala tolerancia al tratamiento antibiótico por vía oral.
- Absceso tubo-ovárico: por riesgo de rotura y sepsis.
- Gestación: por el incremento de morbilidad materna y fetal.
- Cuando no es posible descartar patología quirúrgica urgente.
- Estados de inmunodepresión.

El tratamiento quirúrgico queda reservado para casos severos que no responden al tratamiento médico y cuando exista evidencia de absceso pélvico. Se realizará una laparoscopia con liberación de adherencias, lavados y drenaje de los abscesos, aunque la punción eco guiada de los mismos por vía transvaginal puede ser igualmente eficaz (Curo Muñoz & Mejía Méndez, 2018).

Conclusión

Como se ha analizado dentro del proceso de la presente investigación, esta patología no es infrecuente, se asocia al inicio de relaciones sexuales y puede relacionarse a la cantidad de parejas sexuales que haya tenido la mujer lo que se considera una conducta sexual de riesgo. Su sintomatología más característica es el dolor abdominal bajo o pélvico, inflamación del tracto vaginal, en cuanto al diagnóstico el ultrasonido es la técnica de imagen más utilizada, el tratamiento se justifica cuando se inicia la

sintomatología, la cual debe ser de amplio espectro para una mayor cobertura contra los patógenos más probables. En el tratamiento deben incluirse la pareja sexual, cuando el contacto sexual haya sido 60 días previos a los inicios de los síntomas.

Bibliografía

- Asanza Briones, M. D. (2018). Enfermedad pélvica inflamatoria en mujeres en edad fértil atendidas en el Servicio de Obstetricia del Centro de Salud Cotopaxi [UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL]. http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31604/1/CD421-ASANZA_BRIONES_MAYTTE_DOLORES.pdf
- Baquedano Mainar, L., Abad Rubio, C., Adiego Calvo, I., Colecha Morales, M., de la Cueva Barrao, M. P., Franco Serrano, C., & Sierra Monzón, J. L. (2021). Protocolo aragonés de enfermedad inflamatoria pélvica. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 63(6), 347–354.
- Curo Muñoz, I. V., & Mejía Méndez, Z. (2018). Factores de riesgo de la enfermedad inflamatoria pélvica en mujeres en edad reproductiva. *Hospital II EsSalud de Ayacucho*. Abril-junio 2018 [UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA]. http://209.45.73.22/bitstream/UNSCH/3433/1/TE-SIS_O820_Cur.pdf
- Martínez, C. O., Fumero, S. R., & Céspedes, D. M. (2020). Actualización sobre enfermedad pélvica inflamatoria. *Revista Clínica de La Escuela de Medicina de La Universidad de Costa Rica*, 10(3), 19–25.
- Miguel, J., & Aguilera, V. (2021). Enfermedad Inflamatoria Pélvica, un reto para su diagnóstico y tratamiento precoz. In *Aniversariocimeq2021*.
- Muñoz Corahua, J. T. (2019). Enfermedad pélvica inflamatoria en un Hospital de altura en el periodo 2018 [UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES]. https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/551/MUÑOZ_CORAHUA%2C_JACKELIN.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sánchez-Pérez, D. B., Marrero-Miragaya, M. A., Romero-Fernández, M. B., Guerra-Balseiro, A., Tirado-Marrero, M., & Laguardia-Aldama, D. M. (2022). Comportamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica aguda en la atención primaria de salud. *Matanzas*, 2017-2018. *Rev.Med.Electrón*, 44(1).
- Wright Díaz, R. Á. (2018). Factores de riesgo prevalentes en enfermedad pélvica inflamatoria [SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ]. <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/1944/49964/WrightDiazRA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

CITAR ESTE ARTICULO:

Córdova Chacón, C. A., Baquerizo Chala, A. F., Roca Maldonado, C. A., & Almeida Barcia, K. A. (2022). Enfermedad inflamatoria pélvica. RECIMUNDO, 6(3), 30-36. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(3\).junio.2022.30-36](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(3).junio.2022.30-36)

