

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA (EIP)

DEFINICIÓN

La enfermedad Inflamatoria Pélvica (E.I.P.) comprende las alteraciones inflamatorias e infecciosas que afectan los órganos genitales situados en la pelvis menor. Incluye combinaciones de cervicitis, endometritis, salpingitis, anexitis y pelviperitonitis, así como abscesos tubo-ováricos.

IMPORTANCIA DEL CUADRO

Es más frecuente en mujeres de 15-25 años. Su importancia radica no sólo en la morbilidad aguda, sino en su capacidad de producir secuelas como esterilidad, gestación ectópica, recidivas y dolor abdominal crónico.

ETIOLOGÍA

La EIP es la complicación más frecuente de las enfermedades de transmisión sexual bacterianas.

Suele ser polimicrobiana. Los patógenos más frecuentes son:

Neisseria Gonorrhoeae y Chlamydia Trachomatis,
Aerobios (*Streptococos* del grupo B, *Escherichia coli*, *Gardenerella vaginalis*,
Mycoplasma hominis), anaerobios (*Peptoestreptococos*, *Bacteroides*), y un
5% de los casos patógenos respiratorios (*Haemophilus influenzae*,
Streptococcus pneumoniae, *Streptococcus pyogenes*).

Las bacterias pueden acceder a la porción superior del aparato genital por diseminación de órganos adyacentes infectados (apendicitis, diverticulitis), por diseminación hematógena de focos distantes (tuberculosis) y fundamentalmente por diseminación ascendente transuterina.

Los factores de riesgo principales son:

Edad inferior a 25 años.

Múltiples compañeros sexuales.

ETS.

No utilización de métodos de barrera.

Historia previa de EIP.

Historia de vaginosis o cervicitis.

Dispositivos intrauterinos, solo tiene relación con la EIP en los 3 meses posteriores a la inserción por la manipulación.

Abortos.

Instrumentación uterina, cirugía cervical.

Término de embarazo.

CLASIFICACIÓN

La clasificación clínica se basa fundamentalmente en el grado evolutivo de la enfermedad, en la sintomatología y en los datos recogidos en la exploración. Podemos diferenciar cuatro estadios:

Estadio I: Salpingitis aguda sin pelviperitonitis.

Estadio II: Salpingitis aguda con pelviperitonitis.

Estadio III: Salpingitis con formación de abscesos tuboováricos.

Estadio IV: Rotura de absceso.

CLÍNICA

La EIP puede cursar con los siguientes síntomas:

Dolor abdominal bajo (95%), y su intensidad varía de totalmente ausente (EIP silente) a muy intenso en cuadros con un componente peritoneal importante.

Aumento del flujo vaginal, flujo de características anormales (74%).

Sangrado anormal (intermenstrual, poscoital) (45%).

Síntomas urinarios (35%), como disuria y polaquiuria.

Síntomas digestivos (14%), como náuseas, vómitos, diarrea,...

Es posible la ausencia de síntomas.

Y en ella podemos encontrar estos signos:

Dolor a la movilización del cuello, dolor anexial en la exploración vaginal bimanual (99%).

En el examen con espéculo observamos cervicitis y descarga endocervical purulenta (74%).

Fiebre ($> 38^{\circ} \text{C}$) ($< 47\%$).

Masa pélvica: sugiere absceso tuboovárico (ATO).

Signos de peritonitis.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico clínico es con frecuencia dificultoso por la poca especificidad y sensibilidad de la historia clínica y los estudios de laboratorio, sin embargo el retraso en el diagnóstico y tratamiento puede producir secuelas importantes.

Ante la sospecha de EIP debemos realizar:

Hemograma y bioquímica general, con determinación de VSG y PCR.

Test de embarazo en orina o β -HCG sérica.

Tomas vaginales y endocervicales para detección de gonococo y clamidias.

•

Ecografía, sobre todo en su forma transvaginal, ya que se obtendrá información sobre la existencia o no de abscesos tuboováricos.

La *laparoscopia* es el único método fiable para el diagnóstico, que permite una visión directa y la toma de cultivos. Se reserva en casos seleccionados (diagnóstico dudoso o fracaso del tratamiento).

Biopsia endometrial con cánula de aspiración para cultivo microbiológico y diagnóstico anatomopatológico.

Serología completa.

El diagnóstico clínico se basa en los criterios de Hager modificados por la SEGO. Se requiere la presencia de todos los criterios mayores y de al menos uno menor.

CRITERIOS MAYORES

Dolor en abdomen inferior.

Dolor a la movilización del cervix.

Dolor anexial a la exploración abdominal.

Historia de actividad sexual en los últimos meses.

Ecografía no sugestiva de otra patología.

CRITERIOS MENORES

Temperatura > 38°C

Leucocitosis >10500 / μ l.

VSG elevada.

GRAM de exudado intracervical con diplococos intracelulares (gonococo), cultivo positivo para *N.Gonorrhoeae* o *C.Trachomatis*.

CRITERIOS DE INGRESO

Requieren ingreso hospitalario las pacientes con EIP en estadio II, III y IV, y en estadio I cuando concurra alguna de las siguientes circunstancias:

Falta de respuesta a la antibioterapia después de 48 h. Sospecha de incumplimiento terapéutico.

Temperatura > 38°C.

Diagnóstico incierto. Riesgo quirúrgico.

Nauseas y/o vómitos. Intolerancia oral.

Embarazo.

Signos de reacción peritoneal alta.

Sospecha de piosálpinx, absceso ovárico o tuboovárico.
Prepúber o adolescente.

Gran interés en mantener la fertilidad.

TRATAMIENTO

Ante la sospecha de EIP se debe instaurar tratamiento antimicrobiano empírico. Debe realizarse precozmente para prevenir las secuelas que pueden producirse incluso en casos de infección leve.

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

En las pacientes con estadio I sin criterios de ingreso hospitalario se prescribirá tratamiento ambulatorio con:

Régimen A:

Ceftriaxona 250 mg IM(dosis única) o Cefixima 400 mg via oral dosis única +
Doxiciclina 100 mg/12 h. durante 14 días.

Régimen B:

Levofloxacin 500mg/24 h. vía oral +
Metronidazol 500 mg/12h. Vía oral durante 14 días.

Régimen C:

Moxifloxacin 400 mg/24 h. via oral durante 14 dias

Las pacientes que no respondan al tratamiento antibiótico ambulatorio en 48 h. deben ser hospitalizadas para confirmar el diagnóstico y realizar terapia parenteral.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO

Régimen A:

Cefepime 2 gr/12 h. o **Ceftriaxona** 2 gr/24 h. iv. + **Doxiciclina** 100 mg/12 h.
iv. o via oral

Régimen B:

Gentamicina 240 mg/24 h. iv. + **Clindamicina** 900 mg/8 h. iv. Hasta defervescencia y mejoría clínica, después continuar con doxiciclina 100 mg/12 h vía oral o Clindamicina 450 mg/8 h vía oral hasta completar 14 días

Este régimen debe administrarse hasta 48 horas después de que la paciente muestra mejoría clínica evidente.

En caso de presencia de DIU es preciso la extracción y cultivo del mismo.

Si existe absceso mayor de 8 cm. o en estadio IV se procederá al drenaje quirúrgico. En ocasiones, es necesaria la histerectomía y la anexectomía.

Las **parejas sexuales** de las pacientes con EIP deben ser estudiadas y tratadas si han mantenido relaciones en los 2 meses previo a la aparición de síntomas de EIP con 2 gr. de Azitromicina en dosis única vo. o Ceftriaxona 250mg im. en dosis única y Doxiciclina 100mg/12 horas vo. 7 días.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debe hacerse un diagnóstico diferencial con:

Enfermedades urológicas: ITU, cólico reno-ureteral.

Enfermedades ginecológicas y obstétricas: amenaza de aborto, embarazo ectópico, rotura o torsión de un quiste de ovario, endometriosis, pólipos ó neoplasias ginecológicas, síndrome adherencial por cirugía previa.

Enfermedades digestivas: GEA, apendicitis, enfermedad diverticular, colecistitis, intestino irritable, etc.

	EMBARAZO ECTÓPICO	APENDICITIS	ANEXITIS	ROTURA QUISTE FOLICULAR O LÚTEO	ABORTO UTERINO
DOLOR	Punzante continuo lateral o molestia antes de la rotura.	Epigástrico y luego en fosa ilíaca derecha. Blumberg +	Usualmente bilateral con o sin rebote. A veces disuria.	Unilateral progresando a generalizado.	Cólico central rítmico hipogástrico
NAÚSEAS Y VÓMITOS	Ocasionalmente antes y frecuentes tras la rotura	Frecuentes. Preceden a la localización en FID	A veces	Rara vez	Rara vez
HEMORRAGIA VAGINAL	Atraso y metrorragia. Anomalía menstrual. Spotting	Sin relación con menstruación	Hipermenorrea o metrorragia	Atraso menstrual y luego hemorragia. A veces dismenorrea	Amenorrea, seguida de spotting y luego metrorragia
PULSO Y TEMPERATURA	No fiebre. Pulso normal y taquicardia tras la rotura	Febrícula o fiebre tras dolor. Pulso rápido	Fiebre. Taquicardia en relación con fiebre	No fiebre. Pulso normal, salvo hemorragia importante	No fiebre. Sí, en el aborto provocado
EXPLORACIÓN GENITAL	Dolor específico unilateral que aumenta con los movimientos del cervix..Masa dolorosa anexial o en Douglas	No masa anexial. Dolor al tacto rectal alto, derecha.	Dolor bilateral en los movimientos del cerviz. Empastamiento. Masa si hidro o piosalpinx	Sensibilidad en el ovario afecto. No masas. Útero duro, no engrosado	Cervix entreabierto. Útero ligeramente engrosado e irregularmente blando, sensible si infección.
HALLAZGOS DE LABORATORIO	Leucos < 15.000 o normal. Anemia intensa ,si rotura. VSG ligeramente elevada. B \square hCG positiva	Leucos aumentados con desviación izquierda. Serie roja normal. VSG ligeramente elevada. B \square hCG negativa	Leucocitosis. Serie roja normal. VSG elevada. B \square hCG negativa.	Leucos normales. Serie roja normal o baja. VSG normal. B \square hCG negativa o positiva, si embarazo	Leucos < 15.000 ó > 15.000, si infectado. Serie roja normal. VSG elevada. B \square hCG positiva

ECOGRAFÍA	Útero vacío o pseudosaco. Masa completa anexial o saco extrauterino. Líquido en Douglas o hemoperitoneo si rotura	Útero y anejos normales	Útero vacío o molde endometrial. Masa compleja anexial bilateral	Útero normal. Endometrio engrasado. Ovario engrosado y posible quiste roto. Líquido en Douglas	Útero ocupado con saco ovular o restos abortivos. Anejos normales. Cuerpo o quiste lúteo.
------------------	---	-------------------------	--	--	---