



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. julio 2002; 6(1): 57-66

ARTÍCULO ORIGINAL

Epidemiología y clínica de la enfermedad inflamatoria pélvica

Epidemiology and clinic of pelvic inflammatory disease

Roberto Marquez Rovira¹, Roberto Suárez Hernández², Jorge M. Balestena Sánchez³, Jorge E. Amaran Valverde⁴, Roberto Alvarez Díaz⁵.

¹Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Asistente. Hospital Docente Gineco Obstétrico. "Justo Legón Padilla". Pinar del Río.

²Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor. Hospital Docente Gineco Obstétrico. "Justo Legón Padilla". Pinar del Río.

³Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital Docente Gineco Obstétrico. "Justo Legón Padilla". Pinar del Río.

⁴Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor. Hospital Docente Gineco Obstétrico. "Justo Legón Padilla". Pinar del Río.

RESUMEN

Con el objetivo de mejorar el diagnóstico y la conducta en las pacientes portadoras de una enfermedad inflamatoria pélvica aguda se realizó una investigación retrospectiva, longitudinal y analítica que envolvió a 103 pacientes ingresadas por esta enfermedad en el Hospital Docente Gineco - Obstétrico «Justo Legón Padilla» entre enero y junio de 1998. Las variables analizadas fueron: edad, antecedentes de importancia en los tres meses previos al ingreso, síntomas y signos, forma clínica, operación realizada y cifras de eritrosedimentación al ingreso y al egreso. El análisis estadístico se realizó a través del porcentaje, la media, la desviación estándar y el estadígrafo Z con nivel de significación de $p < 0,05$ (significativo) y $p < 0,01$ (muy significativo). Obtuvimos significación estadística en las pacientes que tuvieron un aborto previo tres meses antes del ingreso y que sus edades oscilaban entre 20 y 29 años, así como las que tenían antecedentes de colocación de DIU con edades comprendidas entre 30 y 39 años; la triada de dolor, fiebre y leucorrea se presentó en la mayoría de los pacientes, el dolor a la palpación del útero y el crecimiento de este fue el signo fundamental. La endometritis fue la forma clínica más frecuente, siendo significativa en el grupo de menos de 20 años. La revisión de cavidad fue el tratamiento quirúrgico más empleado. Los valores medios de eritrosedimentación al egreso disminuyeron en relación con el ingreso.

Palabras claves: ABORTO/complicaciones, ANEXITIS/epidemiología, ENDOMETRITIS.

ABSTRACT

With the purpose of improving diagnosis and behaviour of patients carrying an acute pelvic inflammatory disease a retrospective longitudinal and analytic research was carried out in 103 patients admitted at Justo Legón Padilla Gyneco-Obstetric Teaching Hospital between January and June 1998. The following variables were analyzed: age, significant antecedents 3 months before the admission, symptoms and signs, clinical behavior, surgical procedure and erithrosedementation rates at admission and at discharge. Statistical analysis was performed by means of percentage, mean and standard deviation as well as the Z stadigraph with a significant level of $p < 0,05$ (significant) and $p < 0,01$ (very significant). A statistical significance in patients with abortion three months later before admission and 20 and 29 years old as well as those using IUD between 30 and 39 years old; the triad of pain, fever and leukorrhea was present in most of patients being tender uterus and the growth of it the main signs. Endometritis was the most frequent and clinical form being significant in the age group under 20 years. Cavity review was the most used surgical treatment, the erithrosedimentation mean values decreased markedly at discharge in relation to those obtained at admission.

Key words: ABORTION/complications, ADNEXITIS/epidemiology, ENDOMETRITIS.

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP) se refiere a una variedad de condiciones inflamatorias que afectan los órganos genitales internos de la mujer, los tejidos conjuntivos adyacentes y la cavidad pélvica¹

este enfermedad tiene su origen en una infección polimicrobiana ascendente de patógenos no bien definidos, ocupando un lugar predominante la Clamidia Trachomatis, la Neisseria Gonorrhoeae, entre otras¹⁻⁴

En la patogénesis de esta afección se mencionan como vía de propagación en primer lugar la vía ascendente, que además de ser la más importante es la que más formas clínicas de esta enfermedad proporciona, la vía linfática, la hemática y por contigüidad.¹

Por tanto es una enfermedad de las mujeres sexualmente activas, siendo rara en la premenarquia, el embarazo y la postmenopausia. La incidencia exacta de esta afección no es bien conocida, pero se estima que es causa de ingreso en el 5 % al 20 % de las pacientes ginecológicas.⁵

Para establecer un tratamiento apropiado se requiere de un diagnóstico correcto, además de tomar en cuenta la forma clínica y la severidad de la infección; por tanto, es importante el uso de antibioticoterapia (principalmente de amplio espectro) y en ocasiones es necesario llegar al tratamiento quirúrgico.^{1,6}

Teniendo en cuenta la frecuencia con que se presenta en nuestro medio esta enfermedad decidimos realizar esta investigación, y así ayudar al mejor diagnóstico y conducta en estos pacientes.

MÉTODOS

Realizamos una investigación prospectiva, longitudinal y analítica en todas las pacientes que ingresaron en el Hospital Docente Gineco-Obstétrico "Justo Legón Padilla", entre los de enero y junio de 1998, con el diagnóstico de Enfermedad Inflamatoria Pélvica Aguda.

El universo de nuestro estudio estuvo formado por 103 pacientes, de las cuales obtuvimos las siguientes variables: edad, antecedentes de interés en los tres meses previos al diagnóstico de la afección, síntomas y signos, formas clínicas, operación realizada y eritrosedimentación al ingreso y al egreso.

Los resultados obtenidos se expresaron en frecuencia numérica y porcentual, aplicándoles la media y desviación estándar, así como el estadígrafo Z para diferencia de proporciones para muestras independientes con nivel de significación de $p < 0,05$ (significativa) y $p < 0,01$ (muy significativa).

RESULTADOS

Antecedentes de interés en tres meses previos de edad (tabla 1).

Se aprecia que la mayoría de nuestras pacientes se encontraban entre los 20 y 29 años de edad (58,26 %). En este grupo predominaron las que tuvieron un aborto previo tres meses antes del diagnóstico de la enfermedad, lo cual resultó significativo ($p < 0,05$); también fue significativo estadísticamente el grupo de

pacientes que sus edades se encontraban comprendidas entre los 30 y 39 años con antecedentes de inserción de DIU.

Debemos hacer mención al grupo de menores de 20 años que representó la cuarta parte de nuestro estudio y donde predominaron los abortos.

El intervalo de confianza de nuestras pacientes fue de (22,5; 25,1) años.

Tabla 1. Enfermedad Inflamatoria Pélvica según edad y antecedentes de interés tres meses previos al diagnóstico.

Edad (años)	No.	%	Antecedentes		
			A	B	C
< 20	26	25,24	12	8	6
20 - 29	60	58,26	38*	19	3
30 - 39	15	14,56	3	10**	2
³ 40	2	1,94	-	-	2
Total	103	100	53	37	13

* Z = 2,940 p < 0,05

**Z = 2,292 p < 0,05

Leyenda:

A: Abortos Previos.

B: Antecedentes de Inserción de DIU

C: Sin Antecedente

Fuente: Encuestas.

Síntomas y signos (tabla 2).

Aquí observamos que el 61,16 % de las pacientes refirieron la triada de dolor, fiebre y leucorrea como los síntomas principales, seguido esto del dolor y la fiebre que fue referido por el 27,18 % de las enfermas.

Entre tanto los signos clínicos más frecuentes fueron el útero aumentado de tamaño y doloroso a la movilización y la tumoración anexial que se presentaron en el 51,46 % y 43,68 % respectivamente.

Tabla 2. Enfermedad Inflamatoria Pélvica según síntomas y signos.

Variable	No.	%
A. Dolor en hipogastrio	7	6,80
B. Fiebre	5	4,85
C. Leucorrea	-	-
A + B + C	63	61,16
A + B	28	27,18
Total	103	100
Signos		
Aumento de tamaño del útero y dolor	53	51,46
Tumoración anexial	45	43,59
Engrosamiento tubario	4	3,88
Reacción peritoneal	1	0,97
Total	103	100

Fuente: Encuestas.

Edad según formas clínicas (tabla 3).

La endometritis postaborto fue la forma clínica que predominó (53 pacientes), incidiendo esta con más frecuencia en el grupo de pacientes que sus edades estaban entre los 20 y 29 años (26 pacientes).

Debemos mencionar con especial énfasis el grupo de menos de 20 años, donde apareció también la endometritis postaborto como la forma clínica más frecuente, resultando este que fue significativo desde el punto de vista estadístico ($p < 0,01$).

También es importante señalar el gran grupo de abscesos tubo - ováricos, con especial énfasis en el grupo de 20 a 29 años (30 enfermas).

Tabla 3. Enfermedad Inflamatoria Pélvica según edad y formas clínicas.

Edad (años)	Formas clínicas				Total
	Endometritis postaborto	Absceso tubo ovárico	Salpingitis	Pelvisperitonitis	
< 20	21*	5	-	-	26
20 - 29	26	30	3	1	60
30 - 39	5	9	1	-	15
≥ 40	1	1	-	-	2
Total	53	45	4	1	103

*Z = 3,746 p < 0,01

Fuente: Encuestas.

Tratamiento quirúrgico según formas clínicas (tabla 4).

El tratamiento quirúrgico tuvo que ser empleado en 68 pacientes (66,02 %); y el más utilizado fue la revisión de cavidad (51 pacientes), esto fue así ya que la forma clínica más frecuente fue la endometritis postaborto.

La anexectomía se realizó en 12 pacientes de las cuales 11 fueron abscesos tubo - ováricos. Debemos señalar que fue necesario realizar la histerectomía total con doble anexectomía en una paciente que era portadora de una pelvisperitonitis.

No tuvimos mortalidad, ni complicaciones transoperatorias.

Tabla 4. Enfermedad inflamatoria pélvica. Tratamiento quirúrgico según formas clínicas.

Formas clínicas	Tipo de tratamiento quirúrgico					
	Revisión de cavidad	Anexectomía	Salpingectomía	H.T.A. Con doble anex.	Subtotal quirúrgicas	Subtotal no quirúrgicas
Endometritis	51	-	-	-	51	2
Absceso T-O	-	11	1	-	12	33
Salpingitis	-	1	3	-	4	-
Pelvisperit.	-	-	-	1	1	-
Total	51	12	4	1	68*	35

* $Z = 20,802$ $p < 0,01$

Legenda: HTA con doble anex: Histerectomía total abdominal con doble anexectomía.

Absceso T - O: Absceso tubo - ovárico

Pelvisperit: pelvisperitonitis.

- Eritrosedimentación al ingreso y al egreso (tabla 5)

Al ingreso todas las pacientes tenían citas de eritro elevadas, lo cual resultó muy significativo ($p < 0,01$) en aquellas que su eritro se encontraba entre 60 y 100 mm/h, también debemos señalar que el 33 % de las pacientes tenían cifras superiores a 100 mm/h.

Sin embargo posteriormente al tratamiento, y por consiguiente al egreso, en el 98,05 % de las pacientes esta cifra descendió hasta valores normales (32,03 %), o cerca de la normalidad (66,02 %), resultado este muy significativo ($p < 0,01$) estadísticamente.

Por otra parte, el intervalo de confianza para la eritrosedimentación al ingreso fue de (84,3; 98,9) mm/h, mientras que al ingreso fue de (15,6; 46,6) mm/h.

Tabla 5. Enfermedad inflamatoria pélvica según eritrosedimentación al ingreso y al egreso.

Valor de la eritrosedimentación	Ingreso		Egreso	
	No.	%	No.	%
< 20	-	-	33	32,03
21 - 60	21	20,39	68**	66,02
61 - 100	48*	46,61	2	1,95
> 100	34	33,00	-	-
Total	103	100	103	100

Eritrosedimentación al ingreso [84,3; 98,9] mm/h

Eritrosedimentación al egreso [15,6; 46,6] mm/h

* Z = 8,939 p < 0,01

** Z = 7,475 p < 0,01

Fuente: Encuestas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berger GS, Nestrom LV, Hansson PW. Pelvic Inflammatory Disease. New York: Raven Press; 1992.
- Ttaniessen J, Minderhoud-Ressie MM. Chlamidia trachomatis specific antibodies in patients with pelvic inflammatory disease. Genitourin Med 1997; 70 (5): 302-307.
- Heinonen PM, Miehien A. Laparoscopic study on the microbiology and severity of acute pelvic. Inflammatory disease. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1997; 57 (2): 95-7.
- Soner DE. Pelvic Inflammatory disease. Inf Dis Clin North 1997; 9 (4): 8212-40.
- Ryan KJ, Berkowitz RS, Barbieri RL. Kistner's Gynecology. Principles and practice. 6th ed. Missouri: Mosby - Year Book; 1995.
- Rice RA, Costo MA, Bontar A, Tambe PB. Pelvic inflammatory disease among patients in public health practice. Am J Public H 1999; 95 (6): 974-5.
- Rome ES. Pelvic inflammatory disease in the adolescents. Curr Opin Pediatr 1996; 6 (4): 383-7.

8. Passos M, Roca W, Sowza B. Acute pelvic inflammatory disease: etiology and treatment. J Bras Ginecol 1998; 98 (4): 193-5.
9. Dorderi S, Vesmoring G, Vesmoring C, Stpamoni G. Pelvic inflammatory disease and the use of intrauterine contraceptive. Med Pregl 1998; 49 (7 - 8): 264-7.
10. Newkirk GR. Pelvic inflammatory disease: a contemponany approach. Am fam physician 1995; 53 (4): 1127-35.
11. Ovalle SA, Martinez TA, Casals A. Estudio clínico y microbiológico de la enfermedad inflamatoria pélvica aguda. Rev Chil Obstet Ginecol 1997; 58(2): 102-112.
12. Kottman LM. Pelvic inflammatory disease: Clinical overview. Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1998; 24(8): 759-767.
13. Lema CR. Urgencias en ginecología. Rev Chil Cir 1999; 47(4): 381-387.
14. Neijman FJ. Standar pelvic inflammatory disease in the Nederlands. Ned Tijdschr Geneeskde 1996; 140(2): 63-64.
15. Kaufman O, Podsolkova NM. Patho and morphogenesis of pyoinflammatory disease of the adnexal tube. Arkh Pathol 1996; 55(1): 43-48.

Recibido: 10 de octubre del 2002

Aprobado: 5 de septiembre del 2002

Dr. Roberto Márquez Rovira. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Asistente Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Ché Guevara de la Serna". Dirección particular: Calle B final. Edif. 73. Apto C-5. Rpto. Hermanos Cruz. Pinar del Río.