



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. jul-dic. 1998; 2(2):11-21

ARTÍCULO ORIGINAL

Cirugía en la enfermedad inflamatoria pélvica aguda tumoral

Surgery Treatment of Acute Pelvic Inflammatory Disease

Manuel Piloto Morejón¹, Roberto Márquez Rovira², Edel Sánchez Redonet³.

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. Asistente. 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.

RESUMEN

Con el objetivo de contribuir a mejorar el conocimiento de la enfermedad inflamatoria pélvica aguda tumoral en pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico se realizó un estudio transversal, retrospectivo y analítico en 30 casos en el Hospital Docente Gineco Obstétrico " Justo Legón Padilla" de Pinar del Río durante los años 1995-96. Se estudiaron las variables: edad, instrumentación uterina en los tres meses previos, operación realizada, eritosedimentación pre y postoperatoria y diagnóstico anatómo-patológico. Se utilizaron los métodos estadísticos: porcentaje, media y test de diferencia de proporciones y de comparación pareada de medias con un nivel de significación de $p < 0.05$. Se incluye que: la entidad más frecuente fue el absceso tubo-ovárico (70%); la edad media fue de 31.53 años y el grupo de edades más frecuente el de + 19-39 años, el 56.7 tenía instrumentación uterina previa y las más frecuentes la extracción de dispositivos intrauterinos (30%) y la interrupción de embarazo por el legrado uterino (26.7%); la eritosedimentación media preoperatoria disminuyó de 99.46 a 67.46 mm/hora a los 7 días de operada; se realizó histerectomía al 40% de las pacientes y anexotomía uni y bilateral al 60% y 36% respectivamente. Se recomienda el incremento de la cirugía conservadora uterina.

DeCS: CIRUGIA GINECOLOGICA, HISTERECTOMIA, DISPOSITIVOS ANTICONCEPTIVOS FEMENINOS, SALPINGITIS, ANEXITIS/cirugía.

ABSTRACT

A cross-sectional, retrospective and analytic study was conducted to improve the understanding of tumoral acute pelvic inflammatory disease in 30 patients who had a surgical treatment at Justo Legon Padilla Gineco-Obstetric Hospital, Pinar del Rio, between 1995 and 1996. Several variables such as age, uterine instrumentation in the three previous months, surgical intervention, pre- and postoperative erythro sedimentation and pathologico-anatomical diagnosis were studied. Percentage, mean and test of range of difference and matching comparison of means (signification level $p < 0.05$) were the statistical methods used in this study. Resulting data showed that tubo-ovarian abscess was the most common entity found (70%); mean age was 31.53 years and predominant age group was +19 -39; 56% had had previous uterine instrumentation: intrauterine devices (30%) and interrupted pregnancy by a curettage (26.6%); preoperative erythro sedimentation mean diminished from 99.46 to 67.46 mm/h after 7 days of surgical intervention; 40% of patients had hysterectomy, 60% had unilateral anexectomy and 36% had bilateral anexectomy. It is recommended the use of traditional surgery.

DeCS: SURGERY GYNECOLOGIC, HISTERECTOMY, CONTRACEPTIVE DEVICES FEMALE, SALPINGITIS, ADNEXITIS/surgery.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), se refiere a una variedad de estados inflamatorios que afectan los órganos genitales femeninos superiores, los tejidos conectivos pélvicos adyacentes, la cavidad pélvica y abarca un increíble espectro

clínico desde la infección asintomática o silenciosa, hasta la enfermedad aguda que amenaza la vida.

El Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos define la EIP como: una infección que surge del tracto genital enfermo, incluye endometritis, salpingitis, peritonitis pélvica y absceso tubo-ovárico (ATO), pero excluye las infecciones postoperatorias o puerperales, infecciones esparcidas por el torrente sanguíneo como la tuberculosis genital, la oforitis por parotiditis y todas las enfermedades crónicas.

El papel progresivamente importante de las enfermedades de transmisión sexual en la etiología de la EIP se ha incrementado notablemente durante los últimos años, así como la morbilidad que representa. El listado de las enfermedades que se transmiten sexualmente (*Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamidia trachomatis*, micoplasmas, bacilos gran negativos, cocos grampositivos, *Ureaplasma urealyticum*, bacterias anaeróbicas, *Echewrichia coli* entre las más frecuentes) ha crecido enormemente debido a numerosos factores como la promiscuidad sexual, poca utilización de anticonceptivos mecánicos, poca utilización de medios diagnósticos y desarrollo de cepas resistentes a antimicrobianos de uso común.¹⁻⁷

Nuestro país no es ajeno a este problema de salud, el ATO es una secuela severa de la EIP aguda y se reporta que ocurre con una frecuencia de 3 de cada 16 pacientes hospitalizados con EIP.

Kelly,⁸ planteó que se debe ser firmemente conservadores y a la vez francamente radicales en los casos adecuadamente seleccionados. Esto llevó a que en 1984, se describiera por vez primera el diagnóstico y tratamiento primario laparoscópico del ATO, reafirmando aún más lo planteado por Kelly y las tendencias de tratamiento conservador del ATO, como por ejemplo: la aspiración transvaginal evaluada por Ultrasonografía.⁹⁻¹¹

Muchos son los factores que hacen variar la conducta y el pronóstico en el tratamiento del ATO, pues al considerarse la EIP aguda como una enfermedad de transmisión sexual muchos son los factores que influyen en la aparición de esta y a la hora de tomar conducta, hacen pensar en si ser conservadores o agresivos, pues de manera similar ha causado un reñido debate terapéutico la operación de mujeres multíparas con ATO, provenientes de la infección por un dispositivo intrauterino.

La ruptura de una ATO es una emergencia ginecológica que requiere de una emergente intervención quirúrgica. En épocas precedentes, la mortalidad era mayor de un 85%, actualmente la mortalidad se ha reducido, siendo la histerectomía la operación realizada en la mayor parte de las pacientes.

Pacheco y Murillo¹² en su serie no tuvieron mortalidad y efectuaron histerectomía abdominal en el 83% de los casos.

El objetivo fundamental de este trabajo fue el de incrementar y mejorar los conocimientos sobre la entidad y contribuir a que estas pacientes puedan conservar una de las cualidades más importantes del género humano: la reproducción y en muchos casos la vida.

MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal, retrospectivo y analítico en el Hospital Docente Gineco-Obstétrico Justo Legón Padilla de Pinar del Río durante los años 1995-96.

El universo estuvo constituido por las pacientes ingresadas en el Servicio de Ginecología con el diagnóstico de enfermedad inflamatoria pélvica aguda y la muestra estudio por 30 pacientes con la forma clínica tumoral de esta entidad que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico y que por supuesto recibieron tratamiento médico complementario.

En todas las operaciones estuvo presente alguno de los autores y posteriormente se estudiaron las siguientes variables: edad, instrumentación uterina en los 3 meses previos, diagnóstico preoperatorio, operatorio y anatómico-patológico, operación realizada y la eritrosedimentación preoperatoria y postoperatoria a los 7 días de la intervención quirúrgica.

Los datos obtenidos se agruparon en cuadros a los que se aplicó: porcentaje, media y test de diferencia de proporciones y de comparación pareada de medias con un nivel de significación de $p < 0,05$.

RESULTADOS

La edad y la instrumentación uterina en los 3 meses previos, se observó que 12 de las 17 pacientes tenían este antecedente en el grupo de + 19-39 años (70.58%), (tabla 1). Solamente hubo 2 pacientes con edad < 20 años con instrumentación uterina y se correspondieron con interrupciones del embarazo.

Tabla 1. Cirugía en la Enfermedad Inflamatoria Pélvica Aguda Tumoral Según Edad e Instrumentación Uterina en los Tres Meses Previos Hospital Docente Gineco-Obstétrico Justo Legón Padilla. Pinar del Río. 1995-1996.

Edad (años)	Instrumentación Previa				
	#	%	Si(A)	Si(B)	No(C)
<20	2	6.6	-	2	-
+19-29	12	40.0	2	3	7
+29-39	8	26.7	4	3	1
+39-49	8	26.7	3	-	5
Total	30	100	9	8	13

Fuente: Historias Clínicas

Edad media = 31.53 anos q DS 974 A = Extracción de DIU

Edad mínima = 17 anos B = Interrupción de embarazo

Edad máxima = 49 anos C = No instrumentación

La edad y el diagnóstico operatorio encontramos que los grupos de edades mas afectados fueron los comprendidos entre + 19 - 39 años (n= 20 y 66.7%), (tabla 2). Dentro de ellos, el grupo con mas pacientes fue el de + 19 -29 años (n=12 y 40%) y dentro del mismo predominio el ATO unilateral con 11 casos. En las dos pacientes operadas, con edad menor de 20 años, se detecto 1 ATO uniteral y 1 ATO unilateral mas peritonitis.

Tabla 2. PAAF. Correlación cito-histología. Hospital "Abel Santamaría". 1991-1997.

Estudios Histológicos						
	Positivo		Negativo		Total	
	#	%	#	%	#	%
Citología Positiva	62	80.5	5	6.4	67	87.0
Citología Negativa	3	3.8	7	9.0	10	12.9
Total	65	84.4	12	15.5	77	100

Fuente: Historias Clínicas

La operación realizada la vemos en la tabla 3 y observamos que la operación mas frecuente fue la anexectomía unilateral (36.7%), seguida por la histerectomía total abdominal con anexectomía bilateral (30.1%).

Tabla 3. Cirugía en la enfermedad inflamatoria pélvica aguda tumoral según operación realizada y Edad. Hospital Docente Gineco-Obstétrico "Justo Legón Padilla". Pinar del Río. 1995-1996.

Operaciones realizadas	Edad (años)					
	n	%	A	B	C	D
Anexectomía unilat	11	36.7	1	8	1	1
Anexectomía bilateral*	1	3.3	-	-	-	1
Anexect. unilat. +salpingect.contralat	5	16.7	-	1	4	-
Histerct.total abdominal+anexect-unilat.	1	3.3	-	1	-	-
Histerct. total abdominal+ anexect. bilateral	9	30.1	1	1	3	4
Histerect. subtotal abdominal+ anexect.bilat	1	3.3	-	-	-	1
Drenaje y lavado peritoneal solamente	1	3.3	-	-	-	1
TOTAL	30	100	2	12	8	8

A= <20 años B= +19-29 años C=+29-39 años D=+39-49 años

Histerect = histerectomía Anexect= anexectomía

Unilat= unilateral Bilat.= bilateral

Solamente un caso no se pudo intervenir por presentar gran plastrón ginecológico realizándosele drenaje y lavado peritoneal (3.3%). Se utilizó la anexect omía uni y bilateral en el 60 y 36% de los casos respectivamente. Doce de los 30 pacientes fueron histerectomizadas (40%) y no hubo complicaciones transoperatorias ni mortalidad en las 30 pacientes operadas

Con respecto a la eritrosedimentación (tabla 4), vemos que hubo una disminución significativa de la misma cuando se repitió a los 7 días posteriores a la operación.

Tabla 4. Cirugía en la enfermedad inflamatoria pélvica aguda tumoral según eritro preoperatoria y postoperatoria. Hospital Docente Gineco-Obstétrico "Justo Legón Padilla". Pinar del Río. 1995-1996.

Rango de valores de la eritro (mm/hora)	Preoperatoria		Postoperatoria (7 días)	
	n	%	n	%
-20	2	6.7	2	6.7
+20-60	3	10	9	30
+60-100	13	43.3	18	6
+100	12	40	1	3.3
Total	30	100	30	100
ERITRO	PREOPERATORIA		POSTOPERATORIA (7 días)	
Mínima	9		10	
Máxima	160		115	
Media	99.46		67.46	
+DS	32.28		25.65	

Fuente: Historias Clínicas

T= 5.7848 P=1.439 -0.6

El diagnóstico anátomo-patológico en la cirugía de la EIP aguda tumoral (tabla 5) Fue el siguiente: el diagnostico mas frecuente fue el ATO (70%), seguido de la endometritis (36.6 %), la salpingitis (26.7%) y la endometritiosis (13.3%)

Tabla 5. Cirugía en la enfermedad inflamatoria pélvica aguda tumoral según diagnóstico anatomopatológico. Hospital Docente Gineco-Obstétrico "Justo Legón Padilla", Pinar del Río. 1995-1996.

Diagnóstico anátomo- patológico	Tipo	Total		
		Nº	Nº	%
ATO	Izquierdo	7	-	-
	Derecho	7	-	-
	Bilateral	7	21	70
Endometritis Aguda		11	21	36.6
Salpingitis	Piosalpinx	5	-	-
	+Ooforitis	3	8	26.6
Endometriosis	Adenomiosis	1	-	-
	Ovárica	2	-	-
	Tubárica	1	4	13.3
Leiomioma		3	3	9.9
Endocervicitis		2	2	6.6

Fuente: Historias Clínicas.

DISCUSIÓN

Algunos autores ^{8,14} señalan que la EIP se observa mas frecuentemente entre los 18-35 años. Rivera Aguilar¹⁵ en su estudio sobre el ATO, encontró que esta entidad ocurrió en mujeres entre la tercera y cuarta edad de la vida, nulíparas y con actividad sexual. Varela y otros,¹⁶ detectaron un porcentaje significativo de 30% de instrumentación uterina reciente en los ATO, otros autores¹⁷ encuentran una relación estadística entre el uso de los dispositivos intrauterinos (DIU) y la EIP, lo contrario a otros estudios que plantean que el ATO ocurre independientemente del uso de los DIU.¹⁸

En la literatura revisada, encontramos diferentes resultados en lo referente a las pacientes hysterectomizadas en el ATO: un 30%,¹⁶ un 75% en los ATO no rotos y un 88% en los rotos.¹⁵ En un estudio sobre EIP, Ovalle y colaboradores¹⁹ no tuvieron pacientes hysterectomizadas, aunque refirieron el uso de anexectomía, del aseo y de los drenajes como tratamiento alternativo en esta entidad. Se señala muy acertadamente que una cirugía conservadora combinada con antibióticos apropiados, pueden ser muy útiles y beneficiosos en el manejo del ATO roto, antibióticos citados en la literatura moderna como son: cefalosporinas de primera y segunda generación asociadas o no a tinidazol o ampicilina y otros como amikacina y tobramicina.²⁰⁻²³

Con respecto a la eritrosedimentación, no encontramos en la literatura revisada, datos al respecto.

Rossemberg y Phillips²⁴ señalan asociación entre el embarazo ectópico y la EIP, mientras que Amin, Neely y Chatwani²⁵ encuentran asociación entre la EIP y la perihepatitis (dato no explorado en nuestro estudio).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stacey CM, Munday BE, Taylor-Robinson D, Thomas BJ, Gilchrist C, Ruck F et al. A longitudinal study of pelvic inflammatory disease. *Br J Obstet Gynaecol* 1992; 99 (12): 994-4.
2. García Miras R, Cutie León E, Rodríguez Labaut, Gil Suárez R. Incidencia de la gonococia como causa de inflamación pélvica mínima. *Rev Cub Obstet Ginecol* 1992; 18 (2): 126-36.
3. Peláez MJ, Machado JM, Bermúdez RS, Rodríguez OP, Vanegas RE. Enfermedades de transmisión sexual. Causas, Transmisión, riesgos y prevención. En: *Obstetricia Ginecología Infarto Juvenil. Su importancia* La Habana: SOCUDEF; 1996.p. 35 -45.
4. Sweett RL, Bartlett JB, Hemsell DL. Evaluation of new anti-infective drugs for the treatment of acute pelvic inflammatory disease. *Br J Obstet Gynaecol* 1993; 105 (10): 960-68.
5. Kirksan R, Chantier E. Contraceptivo and the prevention of sexually transmitted disease. *Br med Bull* 1993; 49(1): 17-81.
6. Brabin L. Prevention of PDI: 9 chelenge for the health se rvices. *Ann Trop Med Parasitol* 1992; 86 (suppl 1):25-33.
7. Machado RJ. Enfermedades de transmisión sexual en la adolescencia. En: *Obstetricia y Ginecología Infarto Juvenil. Su importancia*. La Habana: SOCUDEF; 1996.
8. Kelly HA, Noble CP. *Gynecology and Ab dominal surgery V 1*. Philadelphia: Saunders; 1907.pp.651.
9. Bojahr B, Romer I, Lober R. The value Laparoscopy in diagnossis and therapy in patients with chronic pelvic pain. *Zentralbl Gynakol* 1995; 117 (6): 304-9.
10. Aboulohar MA, Mansour RI, Serour GL. Ultrasonographically quided transvaginal aspiration of tuboovarian abscesses and pyosaepinges: an optional treatment for acute pelvic inflammatory disease. *AM Obstet Gynecol* 1995; 172 (5): 1501 -3.
11. Feld R, Eschelman N, Sagerman JE, Segal S. Treatment of pelvic abscesses and other fluid collections: efficacy of transvaginal sonographically quided aspiration and drainage. *AJR Am J Roentgenoll* 1994; 163 (5): 1141 -5.
12. Mickal A, Scillman AH. Management of tuboovaria n abscess. *Clin obstet Gynecol* 1969; 12:252.

13. Kottmann LM> Pelvic inflammatory disease: Clinical Overview . J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1995; 24 (8); 759-67.
14. Peláez MJ. Enfermedades de transmisión sexual. En: Peláez MJ. Adolescencia y Sexualidad. Controversia de una Vida que comienza. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica, 1996.pp. 43-89.
15. Rivera Aguilar HS. Absceso tubo -ovárico. Estudio retrospectivo. Lima s/n; 1993.p. 46.
16. Varela R, Concalves V, Telhado C. Absceso tubo -ovárico. Análisis de 20 casos. Acta Med Port 1995, 8 (10): 537-42.
17. Toivonen J. Intrauterine contraceptive device and pelvic inflammatory disease. Ann Med 1993; 25 (2): 171-3.
18. Jossens MO, Schachter, Sweet RL. Risk factors associated with pelvic inflammatory disease of differing microbial etiologies. Obstet Gynecol 1994; 83 (6): 989-997.
19. Ovalle SA, Martínez IA, Casals CA. Estudio clínico y microbiológico de la enfermedad inflamatoria pélvica aguda. Rev Chil Obstet Ginecol 1993; 58(2): 103 - 12.
20. Gribble MJ. Cefotetan: A second-generation cephalosporin active against 33.
21. Eriksen NL, Blanco JD. Extended Spectrus (Second - end third-generation) cephalosporins. Obstet Ginecol Clin North Am 1992; 19(30): 461 -74.
22. Clark P. Aztreonan . Obstet Ginecol Clin North Am 1992; 19(3): 519-28.
23. Duff P. The aminoglycosides. Obstet Gynecol Clin North Am 1992; 19(3): 511 - 7.
24. Rosenberg MJ, Phillips RB. Does douching promote ascending infection . J Reprod Med 1992 ; 37 (11): 930-8.
25. Amin-Hanjani S, Neely J, Chatwain A. Perihepatic adhesions: not necessarily pathognomonic of pelvic infection. Am J Obstet Gynecol 1992; 167 (1): 115-5.

Aprobado: 16 de enero 1998.
Aprobado: 26 de febrero 1998.

Dr. Manuel Piloto Morejón. Cuarteles 121, Apto 2. Teléfono 3108. Pinar del Río, Cuba.